

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

745

ANNEE 1967

POUR LE

n°

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre, Jacques, Edmond PAULIN
né le 14 Juillet 1935 à Grenoble (38)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

"PROBLEMES POSES PAR LA PRATIQUE QUOTIDIENNE
DES REUNIONS DE MALADES DANS UN PAVILLON
D'HOPITAL PSYCHIATRIQUE"

Président : Monsieur P. PICHOT, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

ANNEE 1967

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Pierre, Jacques, Edmond PAULIN
né le 14 Juillet 1935 à Grenoble (38)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

"PROBLÈMES POSÉS PAR LA PRATIQUE QUOTIDIENNE
DES RÉUNIONS DE MALADES DANS UN PAVILLON
D'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE"

Président : Monsieur P. PICHOT, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.
 1^{er} ASSESSEUR. } Daniel BARGETON
 2^e ASSESSEUR. } Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
—	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutiques générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...
b) Professeurs à titre personnel :	
Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
	SCHERRER (J.)
	KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.)
	ROUCAYROL (J.-Cl.)
	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :	MM.
Clinique carcinologique	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
	Beaujon
	—
Cliniques chirurgicales	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Saint-Antoine
	Salpêtrière
	Tenon
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
	Bicêtre
	Broussais
	Cochin
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu
	Pitié
	Saint-Antoine
	Saint-Antoine
	Saint-Antoine
	DEPARIS (M.)
	MILLIEZ (P.)
	N...
	BARIÉTY (M.)
	DREYFUS (G.)
	CONTE (M.)
	KOURILSKY (R.)
	BOUDIN (G.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Hématologie	{	ANDRÉ (R.)
		BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie		GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses.		BASTIN (R.)
		AZERAD (E.)
		BOUR (H.)
		CAROLI (J.)
		DREYFUS (B.)
		GROSSIORD (A.)
Médecine.	{	LAMBLING (A.)
		LAUNAY (Cl.)
		PAYET (M.)
		PERRAULT (M.)
		SIGUIER (F)
		WORMS (R.)
Néphrologie		RICHET (G.)
Neuro-chirurgie		LE BEAU (J.)
Neurologie		LHERMITTE F.
Neuro-psychiatria		PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie		MADURO (R.)
		POLONOVSKI (Cl.)
Pédiatrie.	{	ROYER (P.)
		KREIS (B.)
Pneumo-Phtisiologie.	{	MEYER (A.)
Rhumatologie.		DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM		MM.
Anatomie pathologique . . .	GOUYER (Ch.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Chirurgie	GERBONNET (G.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique . .	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque . .	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur Pierre PICHOT

Professeur de Psychologie Médicale.

Qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549028_0003

A Monsieur le Docteur Philippe PAUMELLE,

Médecin des Hopitaux Psychiatriques de la Seine,

Médecin-Directeur du Centre de Santé Mentale du XIIIème
arrondissement à Paris,

en témoignage de notre profonde gratitude
pour l'expérience acquise dans les Institutions
du Centre de Santé Mentale.

A Monsieur le Docteur Jean FRECOURT

Médecin des Hopitaux Psychiatriques

Médecin Chef du Pavillon ANNA O.

Qui a su orienter et laisser se définir
l'expérience décrite.

A Monsieur le Docteur Jacques AZOULAY

Médecin des Hopitaux Psychiatriques

Médecin Chef de l'Hopital de Jour du Centre de
Santé Mentale du XIIIème

Qui, par sa cordialité et sa bienveillance
a permis une collaboration dont nous
gardons le souvenir.

A tous ceux avec qui nous avons partagé la prise en charge
des malades,

A l'équipe soignante du Pavillon ANNA O.

pour la qualité de sa collaboration,

A tous ceux et particulièrement à Monsieur le Docteur Paul BEQUARD
qui ont participé à l'étude de la conduite des
réunions de malades dans les pavillons,

Qu'ils trouvent ici l'expression
de notre sympathie.

A Monsieur le Docteur Michael A. WOODBURY

Professeur adjoint de psychiatrie, Ecole de médecine de G. Wasington (U.S.A.)

Membre de la société psychanalytique de Washington, (U.S.A.)

Qui par la chaleur de son accueil

par ses conceptions

et par son expérience prestigieuse,

nous a profondément influencé.

A Mademoiselle le Docteur Hélène CHAIGNEAU

Médecin des Hopitaux Psychiatriques de la Seine,
Médecin Chef du C.T.R.S. de Ville-Evrard,

Qui par l'enseignement précieux qu'elle dispense,
participe à notre formation.

Nous la prions de trouver ici
l'expression de notre profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

La littérature montre la multiplicité des types d'expériences en matière de groupe dans les différents secteurs d'activité sociale et selon les techniques employées.

Lorsqu'on se réfère à ces nombreuses expériences, on constate l'importance de la définition des conditions expérimentales.

Le sujet de cette étude consistera donc à définir les circonstances de l'expérience, à faire l'inventaire des facteurs en jeu, à décrire l'observation recueillie.

Nous ne tenterons pas une élaboration théorique, puisque les hypothèses et les conclusions varient du tout au tout par le changement d'un seul paramètre.

Nous n'avons donc pas souhaité aborder l'expérience décrite dans l'optique de la dynamique de groupe, ni avec un parti pris psychanalytique.

Dans un but plus limité, notre méthode a considéré le phénomène de l'hospitalisation des malades à travers la pratique de leur réunion.

APPROCHE HISTORIQUE

Nous emprunterons un bilan historique à J.MC VICKER HINT (24) qui montre l'évolution des conceptions sur la psychothérapie de groupe.

Cet auteur centre son analyse des circonstances de sa naissance sur les relations entre les données de la psychanalyse et l'apport de la psychologie sociale et de la dynamique de groupe.

La première tentative fut faite par Greene en 1917 dans un essai d'aide aux bégayeurs. En fait il s'occupait plus des troubles du langage que ceux de la personnalité au sens large.

Le courant principal dérive des innovations de certains pionniers de formation psychanalytique. Parmi ceux-ci Bender (1937) Buck (1937) Chappel et al (1937) Foulkes et Lewis (1944) Harris (1939) et Schilder (1936). Faisant exception à cette règle Wender (1936,1940) inaugura la psychothérapie de groupe dans un hôpital psychiatrique.

Presque toujours l'utilisation des groupes fut faite dans le but d'étendre l'efficacité des psychothérapeutes. C'est le cas de Bender, Foulkes & Lewis, Harris, Schilder & Wolf qui furent étonnés de découvrir des effets thérapeutiques dus au groupe et qui étaient absents lors de la thérapeutique individuelle.

Le fait que la raison principale des développements de la psychothérapie de groupe provenait d'efforts nouveaux pour augmenter l'efficacité de la thérapeutique psychanalytique par des praticiens formés à la psychanalyse, est une des causes principales du peu d'influence qu'a exercé la psychothérapie de groupe sur les progrès propres de la psychologie sociale et du peu d'effet des progrès de la psychologie sociale sur la psychothérapie de groupe.

Que ces innovateurs psychanalytique fussent plongés dans la théorie psychanalytique de Freud est la base conjoncturale de l'explication. Tandis que les conséquences de cette situation proviennent en partie de la profondeur du fossé entre la psychanalyse et la psychologie, et aussi de la profondeur du fossé entre la clinique et le laboratoire en psychologie, l'explication a un aspect plus intéressant et peut-être plus important.

Bien que Freud (1905) ait vu l'expérience précoce à l'intérieur de la famille comme la source principale du caractère et des conflits névrotiques, et fournissait ainsi une théorie

du caractère et de la névrose d'une sorte de psychologie sociale, il a surtout insisté sur la nature instinctive de l'homme et sur l'homme en tant qu'individu. Le travail théorique et expérimental en psychologie sociale qui se rapporte le plus à la psychothérapie de groupe, d'autre part, provient surtout de la tradition Hegelienne opposée dans laquelle la société était reifiée comme "l'esprit de groupe". - Aujourd'hui on ne conteste plus l'importance de l'individu ; "l'esprit de groupe" n'est plus reifié ; mais dans la dynamique de groupe les facteurs de relations interpersonnelles à l'intérieur des groupes reçoivent un statut propre - Ce que Lewin, Lippit et White (1939) appelaient "climat social" et considéraient comme faisant partie de l'espace vital de l'individu dans la théorie spatiale de Lewin, est considéré comme réel. Ceci veut dire que les constructions théoriques, telles que la cohésion du groupe et ses conséquences connues, qui sont hautement applicables à la psychothérapie de groupe, ne s'engrènent pas avec la théorie psychanalytique. Il peut être intéressant de noter qu'elles ne s'engrènent pas non plus avec la théorie behavioriste provenant des études en laboratoire de l'apprentissage animal et humain c'est-à-dire le neobehaviorisme ou les élaborations de la théorie S.R. que l'on trouve dans les écrits de Hull (1943), Miller et Dollard (1941) et Mowrer (1960). Ou au minimum, elles ne s'engrenent pas facilement sans conceptualisation transitionnelle considérable.

Ce manque d'engrenage entre le travail sur la dynamique de groupe de "la théorie spatiale" et aucune des théories psychanalytiques du behavioriste est le résultat, je pense, de deux caractéristiques de ces théories. Premièrement, la théorie spatiale (field theory) est vague quant aux rapports entre les variables sociales et les variables S.R.

Deuxièmement, sa nature propre de Gestalt met une puissance de motivation dans les deux aspects volitif et cognitif du fonctionnement individuel. Cette puissance de motivation dans la volition se voit, par exemple, dans la tendance à rappeler (Zeigarnik 1927) on à reprendre (Richers-Odsianbena, 1923)

des tâches laissées en suspens. Cette puissance de motivation dans la connaissance peut se retrouver, par exemple, dans la conception de Lewin (1938) de la relation entre Valence ou force et l'espace vital ("life space"). D'autre part, la théorie psychanalytique (Freud 1915 ; Pribram 1962) et la théorie behavioriste (Hull 1943) ont tous deux leurs racines dans le concept de l'arc réflexe. Elles contiennent le postulat que toute conduite est primitivement motivée par une stimulation douloureuse, un besoin homeostatique et la sexualité (Hunt 1963). Ensuite, la fonction cognitive, telle qu'elle est représentée dans la conception psychanalytique du moi, ne gagne de la puissance qu'au fur et à mesure que des signaux divers acquièrent la capacité d'évoquer l'anxiété évoquée originairement par la vie instinctuelle (Freud, 1933, ch.4). Ainsi qu'ils sont représentés dans des pulsions secondaires et des renforcements, des répliques originairement neutres (cognitives) sont conçues dans la théorie behavioriste comme pouvant acquérir de telles puissances de motivation à travers le conditionnement Pavlovien. Dans ces deux théories de dynamique individuelle on ne trouve nulle part la façon dont le processus d'information (cognition) pourrait avoir directement une puissance de motivation.

Ainsi, tandis que la psychopathologie de Freud est sociale en ce sens que le groupe familial est vu comme la source des fixations, des conflits des interdictions et obligations obsessionnelles, elle ne prévoit aucun lieu conceptuel pour les groupes sociaux avec climats et ce qui lui ressemble, et ne fournit aucun fondement pour une motivation et une croissance cognitives, là où, comme je le pense, une grande partie du social trouve son élan. - Ainsi, tandis que la psychothérapie de Freud est sociale dans le sens où son but est de dénouer les conséquences irrationnelles, inconscientes, motivationnelles de l'expérience infantile à l'intérieur de la famille, elle est basée sur la découverte, à travers l'association libre, et à restructurer, à travers l'analyse du transfert, les résidus de l'expérience familiale et ne laisse aucune place conceptuelle pour un groupe plus grand que la dualité psychothérapeute - malade -.

Personne ne peut affirmer que l'utilisation de la "field theory" en dynamique de groupe soit hautement explicite au sujet de la relation de l'individu au groupe. Mais la "role theory" est explicite. Parce que la "role theory" explicite les relations de l'individu au groupe, on trouve une autre raison pour laquelle la psychothérapie de groupe a eu relativement peu d'influence sur la psychologie sociale. Les innovateurs, de formation analytique, du principal courant de psychothérapie de groupe, ayant pour seul instrument de travail les concepts psychanalytiques, élargirent l'étendue de ces concepts afin d'englober le comportement qu'ils observèrent en psychothérapie de groupe. Ainsi les termes tels que association libre, transfert et contretransfert prirent des sens à peine reconnus et souvent mis en doute par des psychanalystes plus orthodoxes (conversations personnelles). Malgré leurs formes et vues plus étendues, ces concepts pouvaient à peine entrer en compétition avec ceux plus clairs et plus explicites de la "role theory" pour le maniement des processus de groupe et la relation entre l'individu et le groupe (Bach 1954, Bell 1962: réactions des psychothérapeutes de groupe ayant une formation de psychologie sociale).

En disant que la psychothérapie de groupe n'a pas influencé la psychologie sociale, je ne veux pas dire que ça n'a pas d'influence sur la psychologie clinique. La psychologie clinique, cependant, a comme la psychiatrie et le travail social, tiré la plus grande partie de son arsenal conceptuel de la psychanalyse jusqu'à très récemment. La plupart des jeunes psychologues cliniciens reçoivent leur contrôle en psychothérapie et en psychothérapie de groupe par des psychiatres et des psychologues de formation psychanalytique. Bien qu'un grand nombre de psychologues cliniciens fussent actifs dans le développement de la psychothérapie de groupe, ceci compte à peine. Jusqu'à il y a 6 ans, quand le contact des psychologues cliniciens avec la psychologie générale et sociale au moment de la formation accélérée après la 2ème guerre mondiale a commencé à se montrer dans leurs propres innovations, les psychologues

cliniciens étant presque aussi isolés dans leurs concepts théoriques de leur pratique que les psychiatres et les travailleurs sociaux. Il y a des exceptions.

Un des premiers psychologues cliniciens à jouer un rôle dans le maniement des concepts et à la formation fut Rogers. La théorie de Rogers (1951) de la théraputique centrée sur le patient contenait une conception de la motivation cognitive dans laquelle le desaccord entre la conception de soi et l'information donnée sur soi pourrait-être une source d'anxiété.

Des psychologues formés par Rogers participèrent à la psychothérapie de groupe. On n'est par conséquent pas étonné de trouver Hobbs (1951) écrivant précocément sur le climat dans le groupe de patients comme étant la base de l'effet thérapeutique. On retrouve une autre exception dans Bach, un psychologue clinicien qui fut également formé sur la dynamique de groupe par Lewin. On ne s'étonne pas que Bach (1954) ait décrit la psychothérapie de groupe surtout avec les termes qu'il avait appris dans cette branche de la psychologie sociale. Son schéma conceptuel est tellement différent de celui de la majorité des psychothérapeutes de groupe que l'on est à peine étonné de se trouver en face de quelqu'un de très enclin à la polémique. Néanmoins ce sont les seuls cas de rapprochement entre la psychologie sociale et la psychothérapie de groupe. Nous espérons plus dans l'avenir.

En résumé - la psychothérapie de groupe a eu relativement peu d'influence sur la psychologie sociale parcequ'elle a débuté par des efforts pour augmenter l'efficacité de la psychothérapie, parce que les principaux courants de développement de psychothérapie de groupe provenaient de praticiens de formation psychanalytique qui étendirent de nombreux concepts psychanalytiques pour décrire le processus, et parce que les concepts dégagés de la psychothérapie de groupe paraissaient s'adapter aux phénomènes de l'inter-action de groupe et des processus de groupe moins bien que ces schémas conceptuels émanant de la psychologie sociale.

P R E M I E R E P A R T I E

C H A P I T R E I

I - DESCRIPTION DU GROUPE.

1°. Description du pavillon de l'hôpital.

Le contexte et les conditions d'hospitalisation des malades ont joué un rôle déterminant dans la mise en place de ces groupes et de ces réunions. Il importe de les ~~décrire~~ longuement de discuter de leur rôle, de se référer à d'autres expériences et de retenir certains facteurs dont l'influence est prépondérante. Nous donnerons donc rapidement les caractéristiques du pavillon et de l'hôpital psychiatrique de l'Eau Vive à Soisy-sur-Seine où s'est déroulée pendant une année l'expérience quotidienne de réunions de malades.

a) Dimensions du pavillon.

Ce pavillon est l'un des "Petits" pavillons de l'hôpital, dont la caractéristique est d'être unisexué alors que les trois autres sont mixtes et deux fois plus importants. C'est un pavillon de femmes, de 28 lits, ensemble subdivisé au niveau des chambres et des petits dortoirs en quatre unités de sept lits, dont l'une, celle du rez-de-chaussée est consacrée aux personnes très âgées qui présentent une démence ou une prédémence sénile.

Il y a donc 21 malades adultes hospitalisées pour troubles mentaux, logées au premier étage du pavillon. Elles constituent la population des malades pouvant participer à la réunion quotidienne. La plupart sont en placement libre, le tiers des malades étant en placement volontaire ou d'office.

On remarque donc le nombre limité des malades qui permet à une vie communautaire de se constituer réellement.

Ce facteur, le nombre des malades, a joué un rôle déterminant dans notre expérience de groupe psychothérapique. Son étude sera reprise ci-dessous.

20		X							
19		X							
18		X							
17X		X							
16X		X							
15X		X							
14X		X							
13X		X	X						
12X		X	X						
10X		X	X						
9X	X	X	X	X	X	X			
8X	X	X	X	X	X	X			
7X	X	X	X	X	X	X			
6X	X	X	X	X	X	X			
5X	X	X	X	X	X	X			
4X	X	X	X	X	X	X	X		
3X	X	X	X	X	X	X	X	X	
2X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1XXX	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	20	40	60						
à 10	30	50	70						
DURÉE (en jours									

Répartition des malades par durée de séjour
de avril 1966 à avril 1967

```

0X X X X X X X X
4X X X X X X X X      X
3X X X X X X X X      X      X
2X X X X X X X X X      X      X X X      X      X
1XXX X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X
    20  40  60  80 L00 I20 I40 I60 I80 200 220 240 260 280 300 320 340
à 10  30  50  70  90 I10 I30 I50 I70 I90 210 230 250 270 290 310 330 400&plus
DUREE (en jours)

```

ENTREES	SORTIES
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

AVRIL 1966	7	7	
Mai	12	7	(début de l'observation)
Juin	6	6	
JUILLET	8	7	
AOÛT	11	12	
SEPTEMBRE	10	7	
OCTOBRE	7	6	
NOVEMBRE	12	7	
DECEMBRE	12	11	
JANVIER 1967	10	11	
FEBRIER	10	12	
MARS	17	13	
AVRIL	<u>12</u>	<u>16</u>	
TOTAL	127	115	

b)Durée de l'hospitalisation.

Un second facteur important concerne la durée de séjour des malades : en général courte, bien qu'une durée moyenne ne puisse être donnée car elle n'apporte pas de renseignement et n'a pas de sens ; on peut retenir que les durées d'hospitalisation varient entre deux semaines ou moins et six mois ou plus, avec un pic de la courbe statistique à un mois et un autre à cinq mois. Voir tableau n° 1.

Le rôle de la durée d'hospitalisation sera plusieurs fois reposé dans cette étude car il implique que le groupe de discussion a fonctionné comme un groupe ouvert, se recomposant continuellement au rythme des entrées et des sorties qui ont été fréquentes au cours de cette année d'observation. Voir tableau n° 2.

D'autre part une durée d'hospitalisation limitée signifie pour le malade que la nécessité de son séjour répond à un moment aigu de l'évolution de la maladie et que son hospitalisation n'est pas une donnée primordiale de l'ensemble de son traitement. Ce mode de fonctionnement implique une liaison très étroite et permanente avec le service extra-hospitalier dans l'esprit des malades comme au niveau de la pratique des soignants.

c) Régime du service.

Les cinq pavillons de l'hôpital fonctionnent de la façon suivante. La plupart des malades peuvent sortir de l'hôpital dès que leur état le permet.

Au cours de leur surveillance, les soignants exigent des malades qu'ils les informent sur leurs allées et venues.

Les demandes de permission, de promenades faites aux infirmières sont fréquentes, ainsi que les demandes de permission de sortie et de week-end à Paris adressées aux internes et aux médecins. Si les sorties contre avis médical et les fugues ne sont pas exceptionnelles, leurs conséquences graves le sont.

Comme l'a remarqué Battegay (5)

"Le fait de réunir des malades hospitalisés en groupes thérapeutiques augmente leur sens de la communauté. Ceci nous permet de leur laisser plus de liberté, puisque la cohésion du groupe est une force centripète qui contrebalance n'importe

quelle tendance à la fugue de la part des malades.

Le fait d'appartenir au groupe donne à ses membres un sentiment de sécurité qui soulage leur anxiété d'être exposé à un sort incertain ou interminable".

d) Composition de l'équipe soignante.

La prise en charge des malades peut-être assurée de façon satisfaisante par les soignants dont le nombre est suffisant.

Pour R.Battegay (5), d'autre part, la psychothérapie de groupe avec le personnel infirmier les rend plus réceptifs aux idées psychothérapiques. Ceci crée une équipe qui peut collaborer avec les médecins dans le traitement psychologique des malades et est apte à partager la responsabilité du développement de l'hôpital.

De plus chaque malade est suivi par le médecin de secteur qui a prescrit l'hospitalisation.

A l'hôpital, une jeune infirmière diplômée d'état, en cours de spécialisation psychiatrique, s'occupe de sept malades, ce qui porte à quatre le nombre des infirmières du pavillon; elles sont aidées et conseillées par deux autres infirmières responsables, plus anciennes. Malheureusement, les problèmes de recrutement de personnel ne permettent pas la plupart du temps d'assurer une équipe soignante complète.

Deux monitrices d'atelier constituent une petite équipe particulière, qui, si elle a trouvé son originalité, reste très proche de l'équipe soignante proprement dite.

Un interne assure les fonctions de médecin permanent, responsable des soins des malades et de la coordination des traitements et des thérapeutes hospitaliers et extra-hospitaliers.

Enfin un médecin des hôpitaux psychiatriques est le seul responsable de l'ensemble du pavillon, dont il contrôle les activités et l'évolution.

Il s'agit effectivement d'un rôle de contrôle plus

que d'un rôle de direction.

Cela se manifeste par deux aspects de son activité. D'une part l'autonomie d'action de chaque soignant, infirmière ou médecin, implique davantage la critique et la réflexion " a posteriori ", en commun avec l'équipe et ses responsables, que l'exécution du projet d'un supérieur hiérarchique.

D'autre part le médecin responsable n'est pas permanent et n'assiste donc pas à tous les moments de la vie du malade au pavillon et de l'équipe soignante. Il ne participe qu'un jour sur deux soit trois fois par semaine aux prises de décision. Le recul, la vue de l'extérieur lui sont possibles ; il peut se désimpliquer du fonctionnement immédiat du pavillon. Ainsi l'équipe peut-elle recourir à lui comme à un arbitre. Les malades ne le confondent pas avec leur médecin.

Ce point d'organisation est fondamental : n'étant présent qu'un jour sur deux, le médecin responsable n'assistera aux réunions quotidiennes que tous les deux jours.

Mais si cela n'a pas été voulu - puisque l'organisation du temps de travail des soignants a précédé l'innovation des réunions quotidiennes - les conséquences en sont importantes et seront discutées à propos du rôle de leader de groupe.

2°. Description du groupe de la réunion : les participants.

a) Description du groupe constitué chaque matin par la réunion quotidienne: les malades et l'équipe soignante.

- Les malades ;

Il s'agit d'adultes c'est-à-dire que la tranche d'âge du groupe ne comprend ni adolescent ni vieillard.

Effectivement les personnes âgées présentant un déficit important ou une démence sénile n'ont plus assisté à la réunion du matin alors qu'elles participaient à la vie communautaire. Au troisième mois de notre période d'observation, au moment où cette décision fut prise, il s'agissait de réduire les dimensions du groupe ; il fut admis de façon schématique que les personnes très âgées ou prédémentes ne pouvaient enrichir ou bénéficier des échanges de la réunion. Par la suite il

a été fréquent de voir un jour ou l'autre, une "grand'mère" rejoindre le groupe. Il faut enfin noter que ce changement a précipité l'organisation particulière de leur mode de vie qui a fait l'objet d'un programme: unité spéciale, rythme de vie différent, soignants propres, etc....

- Les malades ne sont donc hospitalisées que pour un épisode aigu de leur évolution, l'hospitalisation ne constitue pas le mode de prise en charge pendant toute la durée de leur maladie.

Il s'agit donc de malades en état de crise et présentant une riche symptomatologie. L'attitude du groupe du pavillon n'a pas entraîné l'exclusion des états aigus du fait du mode de vie communautaire qui existait déjà avant l'innovation des réunions quotidiennes et dont l'aspect communautaire s'est trouvé encore renforcé par celles-ci. Ces malades assistaient donc, dans de plus ou moins bonnes conditions à la réunion. Même s'ils déambulaient, la configuration du lieu les amenaient à être très proches du groupe réuni ; et ainsi systématiquement à participer d'une manière ou d'une autre.... qu'il s'agisse d'états d'excitation psychomotrice, d'états d'instabilité anxieuse, ou au contraire de comportements mutiques ou opposants, apragmatiques, dépressifs, ou autistiques.

— Etat nosographique des malades.

Les malades séjournant cependant à l'hôpital pendant une partie de leur convalescence, la composition du groupe s'équilibre entre les cas aigus et les malades stabilisées. Les seuls états qui ne relèvent plus du pavillon sont ceux qui font l'objet d'une indication de cures de sommeil depuis l'ouverture du pavillon de cure. Mais celle-ci étant survenue au neuvième mois de notre expérience, certaines malades du pavillon étaient en cure pendant une partie de leur séjour, assistant à la réunion avant et après leur cure.

La distribution des diagnostics des malades du pavillon est uniforme dans les différents cadres de la nosographie. En effet le placement des malades dans les pavillons de l'hôpital

se fait en fonction des places disponibles. D'autre part parce que le recrutement de l'hôpital est celui d'un hôpital psychiatrique de secteur.

b) L'équipe soignante.

dont on a décrit rapidement la composition ci-dessus se décompose en fait en deux groupes si l'on prend comme critères le rythme et le temps de présence au pavillon qui entraînent une périodicité de leur assistance aux réunions de malades. Ce sont les permanents et les autres.

— sont permanents, ceux qui viennent chaque jour au pavillon et assistent à toutes les réunions sauf pendant leurs jours de congé hebdomadaires..

1°- L'interne, n'est absent que le dimanche. Il est donc le seul à assister à toutes les réunions de malades, puisque le dimanche les malades ne se réunissent pas avec leurs soignants.

2°- Les deux monitrices d'atelier assistent tous les jours simultanément à la réunion sauf le lundi et le samedi où l'une d'elles prend son jour de congé.

Les deux infirmières responsables suivent le même rythme mais leurs jours de congé sont différents (La sous-responsable s'absente le mardi et un lundi sur deux, et la responsable le samedi et le dimanche.

— les non permanents : Ce sont les infirmières et le médecin responsable.

Le temps de travail des infirmières couvre toute la journée du lever au coucher des malades avec une coupure l'après-midi ; ainsi la même soignante se trouve présente auprès d'un malade contrairement au système des trois 8, qui place trois soignants dans les mêmes 24 heures auprès d'un malade.

La relève ne se fait donc pas au milieu de la journée, mais au milieu de la semaine. Chacune des deux équipes d'infirmières travaillent trois jours ouvrables plus un dimanche sur deux. La première équipe d'infirmières assiste à la réunion les lundi mardi et mercredi, la seconde équipe assiste à la réunion les jeudi, vendredi et samedi. Cette particularité nous amènera

à en discuter les conséquences.

Le médecin chef, comme nous l'avons déjà indiqué, est présent le lundi mercredi et vendredi. Il est donc présent un jour sur deux auprès des malades et pendant chacun de ces jours de présence il rencontre des soignants différents.

3° - Le nombre des participants.

L'étude du nombre des participants de la réunion montre que ce paramètre joue peut-être le rôle le plus important. Certaines remarques préliminaires sont à faire :

a) ses variations : L'assistance à la réunion des malades de ce pavillon est pratiquement systématique. Paradoxalement l'importance du groupe a varié d'un jour à l'autre. Les facteurs de cette variation sont nombreux et tous ne sont pas élucidés. Un premier a été mis en évidence par l'étude du mouvement du personnel qui a montré une fluctuation dans la composition de l'équipe soignante d'un jour à l'autre de la semaine. Le changement des personnes, l'absence ou la présence de certains soignants entraîne obligatoirement la présence ou le retrait de certains malades. Les veilles et lendemains de week-end, des malades s'absentent et les réunions du lundi et du samedi ont toujours un caractère particulier. Enfin un certain nombre de participants manque chaque jour, et ce ne sont pas les mêmes, si bien que l'appréciation d'ensemble conclut à la présence quasi systématique des malades.

b) Présence Absence : Les refus d'assistance qui sont exceptionnels prennent ainsi une importance aux yeux du groupe. Ils revêtent toute leur signification et manifestent leur motivation.

Quel est le sens de la présence ou de l'absence du malade à la réunion ?

Par l'existence régulière et répétée chaque jour de ce temps de rencontre en un lieu de rencontre, le choix binaire - présence/absence à la réunion - est devenu déterminé pour un malade par son mode d'insertion au groupe. L'alternative-

présence-absence - implique, d'une part la signification que le malade y met, implique d'autre part la signification que perçoit le groupe réel du pavillon auquel il appartient.

Mais cette alternative - présence-absence - trouve sa signification :

- soit par référence au vécu dans le pavillon
- soit par référence au vécu dans le groupe de la réunion.

Considérons d'abord le sens d'une absence.

Le groupe recherche, dans les premiers instants de la réunion, qui n'est pas là - "on se compte" - Cette démarche est ou n'est pas formulée.

- L'évolution s'est faite vers l'augmentation de la signification d'une absence et cela selon deux échelles : au cours des quelques mois de la maturation du groupe, au cours de l'évolution du séjour d'un malade et cela de plus en plus dès les premiers jours suivant l'entrée d'un malade, parce que dans ce genre de groupe, "l'absent est présent" comme le dit Woodbury, "et il faut qu'il soit présent".

- Le degré de signification d'une absence est cependant liée à la richesse habituelle des interventions d'un malade aux réunions précédant son absence.

Tout le groupe ressent d'emblée certaines absences parce qu'un intercoluteur habituel manque. Le groupe fait ainsi la découverte par l'absence d'un malade, du rôle qu'il joue, absence remarquée par le groupe soit comme un manque, soit comme un soulagement ; comme directement liée à un événement récent particulier : fugue, traitement intense, mise en cause récente.

Ces types d'absences provoquent en général entre les membres du groupe des réflexions et des échanges qui ont des répercussions sur l'absent : soit parce qu'elles lui parviennent, soit parce qu'il en est résulté un aménagement du groupe qui s'est penché sur une absence -

Cela étant de plus en plus fréquent, faut-il tendre vers la recherche systématique du sens des absences ? Quant à nous, nous le faisons, car c'est la problématique :

- groupe total réel du pavillon dont nous avons la charge

- groupe partiel de la réunion qui se constitue.

La particularité de ce petit pavillon, permet que le groupe total réel ne dépasse pas trop les dimensions qu'exige le fonctionnement d'un groupe de discussion

- Les absences voulues et décidées, sont de plus en plus systématiquement présentées, expliquées, justifiées, significantes.

- Les absences les plus inquiétantes sont pour nous actuellement les moins remarquées :

- schizophrènes autistiques

- psychotiques débiles

c'est-à-dire les absences des malades qui ont le moins d'échanges verbaux.

Quant aux présences, elles sont aussi : soit significantes, soit insignifiantes, et cela ne résulte pas nécessairement, comme pour les absences, du taux d'échanges et d'interventions individuels, quand on sait l'importance de certains silences individuels :

- les silences déterminés par l'inhibition

- les silences déterminés par la retenue de l'agressivité ou le mutisme délirant

- les silences caractérisés cependant par l'intensité de l'écoute.

Mais nous reporterons plus loin l'étude de la nature du silence en groupe.

Obligation de présence.

c) Obligation : On parvient ainsi à poser le problème de l'obligation, de la contrainte pour le malade, à assister à la réunion. Cette contrainte n'était pas officielle. Mais n'en est-il pas ainsi justement parce qu'il était inutile d'exiger qu'elle le fut pour les raisons dites ci-dessus ? En aurait-il été autrement sinon de la part des soignants ? Et cependant il a souvent

été dit par les malades "on est obligé de venir : sinon on sera mal vue", "on sera punie", "on ne pourra pas sortir", "on va augmenter nos médicaments". Ce sentiment d'obligation pourrait trouver son origine dans un autre argument, dans une autre situation de fait. Il est un fait que la réunion est un moment de la vie du groupe, comme le repas, le coucher, la prise des médicaments. Pas plus qu'il n'est possible de s'absenter plus d'une ou deux fois du repas pris en commun, il n'est possible de s'absenter du groupe de la réunion. Il semble plutôt que c'est le fait de l'hospitalisation qui est le plus souvent une contrainte, une contrainte à subir des soins. Le lieu et le moment de l'expression de cette contrainte et de l'affrontement de l'opposition devient la réunion, organisée par les soignants et par le médecin, vécu par les malades comme tout puissant sur les entrées et les sorties de l'hôpital.

d) Rapports du groupe de la réunion avec le groupe pavillonnaire.

Cette impossibilité pour le malade à ne pas participer au groupe de la réunion où l'a placé le fait de son hospitalisation qu'il ne peut par là éluder, il est fondamental de noter qu'elle ne survient que parce que le groupe du pavillon, la population globale des malades et de leurs soignants possède ou ne dépasse pas trop les dimensions d'un groupe de discussion. Notre groupe parvenait en effet à ne pas atteindre la trentaine. La caractéristique qui vient d'être décrite, semble déterminante dans le fonctionnement et c'est l'un des deux paramètres qui ont dû permettre la manifestation des effets psychothérapiques. Le groupe des personnes du pavillon dont la motivation à l'hospitalisation est pratiquement nulle, dont les raisons d'être réunies ensemble sont minimales, et dont la tendance à une vie communautaire est inexistante, tombait sous le coup et sous l'effet des phénomènes de groupe, par le seul fait qu'elles se trouvent les parties constituantes et participantes d'un groupe à deux visages : celui du pavillon, celui de la réunion.

4) Mixité : On ne peut pas négliger dans la description du groupe le facteur d'absence de mixité, même si en conclusion il apparaît que ce facteur n'est pas déterminant dans le fonctionnement du groupe. Il importe de noter son absence d'importance (une telle affirmation se réfère surtout à une expérience personnelle précédente de une année dans un groupe mixte de dimensions semblables). Alors que pendant le reste du temps la mixité est déterminante sur le mode de vie et le comportement des malades des deux sexes, et alors que, dans ce pavillon, les soignants comme les malades ressentent le poids de cette communauté de femmes, d'où vient-il que pendant le temps de la réunion l'absence de mixité ait peu d'importance ? L'explication se trouve-t-elle dans le fait que les relations, les échanges, les rapports des membres du groupe ont la qualité de la relation transférentielle, et empruntent des mécanismes de projection et d'identification ? D'autre part est-ce que les relations individuelles passent au deuxième plan derrière la relation de groupe ? Ou bien est-ce que "le fait que les deux sexes soient représentés" comme le dit H. CHAIGNEAU, suffit à créer la mixité: en effet le leader s'est trouvé être un médecin du sexe masculin.

On peut noter cependant quelques effets de l'absence de mixité : la passivité naturelle des malades et l'absence d'initiative est encore plus marquée dans un groupe de femmes ; on voit survenir par bouffées, des moments d'excitation érotique du groupe à l'évocation d'incident ou d'évènements touchant à la sexualité féminine ou masculine.

5° - Fonctionnement en groupe ouvert ou fermé.

a) Bien que plusieurs paramètres, caractéristiques du fonctionnement de l'hôpital imposent au groupe de la réunion d'être ouvert, cette affirmation est à nuancer. Quels sont ces paramètres contingents ? essentiellement dûs à la brève durée de l'hospitalisation, il est un fait que même une tranche de temps réduite de l'ordre d'une ou deux semaines voit se produire plusieurs sorties et entrées de malades ; le second paramètre, la variation du nombre des participants d'un jour à l'autre ne porte que sur une quantité

donnée des membres du groupe existant. Qu'il s'agisse de la variation due à l'alternance présence-absence d'un malade ; ou qu'il s'agisse de la réintroduction régulière de membres de l'équipe soignante qui ne sont pas permanents : les 2 équipes d'infirmières début et fin de semaine et le médecin responsable du pavillon. SALZBERG, BROKAW et STRAHLEY (37) ont comparé au cours de 9 séances un groupe stable de 10 malades et un groupe comportant 6 malades au début, mais s'accroissant d'un malade à chaque séance. Le groupe stable répond mieux au début et tend à augmenter ses réponses au cours des séances cependant que le groupe changeant décroît dans sa tendance à répondre. Le groupe stable est plus spontané durant les 9 séances. Ses réponses sont au début plus en accord avec les problèmes envisagés mais la différence entre les 2 groupes tend à décroître.

Les observations de KESTEMBERG mettent l'accent sur le handicap que représente l'introduction d'un nouveau membre.

KESTEMBERG et DECUBERT (16) ont comparé l'évolution et la dynamique de groupes thérapeutiques ouvert et fermé qu'ils appellent instable et stable.

L'expérience portant sur de petits groupes de cinq ou six menés par deux thérapeutes, un homme et une femme. Le groupe stable est un groupe clos, l'arrivée et le départ des patients se faisant ensemble. Il est de durée limitée une expérience a durée 9 mois une autre 24 mois.

Le groupe instable est un groupe ouvert, et accueille des participants lorsque des places se libèrent. C'est un groupe permanent. L'expérience durait depuis 3 ans à la parution de l'article. Les patients y participaient pendant 18 à 24 mois.

L'étude détaillée et comparative des deux expériences a montré que la limitation de temps avait une valeur structurante dans les groupes stables. L'absence de limitation de temps entraînait une attitude régressive, nuisible à la cohésion et prolongeait le traitement dans le groupe instable.

Le groupe instable utilise le temps vécu comme une résistance à l'analyse de groupe ; il tend à partir du passé pour détruire le présent.

Le groupe stable tend à utiliser la reviviscence du passé vécu pour ce qu'elle apporte dans le hic et nunc et essaie de partir du présent - Le transfert par exemple - pour trouver les voies de renoncement au passé insatisfaisant.

Dans le groupe instable chaque admission est une rupture d'équilibre impliquant l'idée de séparation.

Il y a tendance à refuser le rapprochement du hic et nunc et du passé vécu.

Dans les cas favorables le groupe instable tend à devenir un groupe stabilisé.

Les différences de résultats obtenus dans les deux types de groupe portent sur la comparaison du rythme et de la durée d'évolution qui est plus rapide dans le groupe stable et ralentie dans le groupe instable. La qualité de la restructuration du moi est favorisée dans le groupe stable et dans le groupe stabilisé.

Selon l'opinion de Bach (1954)

"Chaque arrivant est potentiellement capable de renforcer ou d'affaiblir des alliances de sous groupes et par conséquent est une menace à l'équilibre du groupe.

- Il est généralement admis que : l'arrivée d'un nouveau entraîne une résistance importante du groupe. Elle provoque des réponses émotionnelles très intenses, telles que chez certains malades, il s'agit de l'expérience émotionnelle la plus forte de n'importe quelle situation thérapeutique (Papanek 1954).

- Le groupe retrouve rapidement son équilibre (le plus souvent après une seule séance)

- L'arrivée du nouveau peut être ressentie comme l'arrivée d'un frère (ou soeur)

- replication de situation infantile qui peut-être utilisée par le thérapeute.

- l'insécurité du nouvel arrivant porte sur son doute quant à son acceptation par le groupe, sur son inquiétude quant à sa fonction dans le groupe".

Le choc provoqué par l'arrivée de nouveaux malades et de nouveaux membres du personnel sur le fonctionnement d'une

communauté thérapeutique dans un hôpital psychiatrique volontaire est décrit par

communauté thérapeutique dans un hôpital psychiatrique volontaire est décrit par SMALL. I et SMALL. I (43)

qui font remarquer combien des rencontres individuelles et de groupe peuvent être utilisées dans le but de diminuer des réactions destructives et de rétablir la libre information et le maniement du service hospitalier.

S.Kaplan et M.Roman(15) ont décrit les réponses caractéristiques dans les groupes thérapeutiques d'adultes à l'introduction de nouveaux membres. Leur but en présentant ces observations a été de fournir des données phénoménologiques sur les processus de groupe.

1° - Pendant les réunions précédant l'entrée d'un nouveau membre il s'est produit un renforcement de solidarité de l'appartenance au groupe et de la représentation symbolique du groupe qui semblait être une entité psychologique.

Ce groupe psychologique a une identité propre qui n'inclut pas le thérapeute et en fait est utilisée pour l'isoler.

2° - Avec l'entrée du nouveau membre on voyait augmenter encore l'activité symbolique dans laquelle le nouveau membre était dépersonnalisé ou classé. Tous les membres du groupe participaient à une représentation dramatique, dont le thème était un rite d'initiation et de cette façon le nouveau membre était endoctriné aux mouvements du groupe psychologique.

3° - Cette représentation dramatique dans les groupes thérapeutiques adultes, en réaction à l'introduction d'un nouveau membre, paraissait être le processus par lequel les membres du groupe abordaient leur anxiété collective. Le comportement individuel d'un membre résultant de sa participation à ce processus de groupe n'était pas forcément en rapport avec sa propre histoire.

4° - Le processus de groupe était inconscient et avait une influence énorme sur les associations et le comportement des membres individuels. En tant que tel, le processus de groupe interférerait avec le processus thérapeutique, bien qu'il reste à rendre clair son rapport avec la résistance propre.

b) Il est intéressant à présent de constater qu'en fait l'ouverture comme la fermeture du groupe de la réunion sont strictement déterminées, codifiées, même si ce n'est qu'implicitement.

— Si le groupe a cru devoir s'ouvrir à chaque fois au nouvel hospitalisé, c'est cette qualité seule qui lui permet d'enfreindre la loi des groupes fermés. Parce qu'il centre ainsi sur le fait de l'hospitalisation la raison d'appartenance au groupe. Mais un temps, même réduit aux instants de l'arrivée de l'hospitalisation, et un état intermédiaires précèdent l'intronisation du sujet nouveau : celui de son intégration à la communauté du pavillon. On retrouve ainsi les 2 qualités qui deviennent la raison d'être du rassemblement des malades en groupe :

1° - groupe de la population pavillonnaire à la limite des dimensions du groupe de discussion de la réunion.

2° - la raison de leur appartenance à la communauté pavillonnaire étant leur contingence à recevoir des soins.

Ce droit du nouveau apparaît particulièrement à l'occasion de sa première prise de parole en groupe ; celle-ci se produit souvent au-delà du premier jour. Son discours est chargé, long, souvent impressionnant, recueille l'attention de tous, c'est presque toujours l'une des plus riches interventions faite par le malade au cours de son séjour ; il la présente comme un tribut qu'il paye à l'entrée.

— En pendant à ces conditions d'ouverture, on peut noter les modalités de fonctionnement en groupe fermé. En effet toute autre personne, qui n'est pas un entrant du pavillon, n'est pas admise. Qu'il s'agisse d'un malade d'un autre pavillon, d'un soignant même connu du service extra-hospitalier, d'un soignant de l'hôpital, d'un membre de la famille du malade ou même de son médecin personnel, s'il leur arrive de se présenter, ces personnes sont vécues comme étrangères. Cela ne s'est jamais produit si ce n'est pour apporter une information ou pour discuter d'un problème exceptionnel. On peut noter à ce titre l'attitude du groupe vis-à-vis des visiteurs.

D'après Foulkes et Anthony (9)

"Même chez les individus les plus asociaux ou antisociaux on peut paradoxalement retrouver le désir d'appartenir à un groupe.

L'étranger ressent cette étrangeté jusqu'à ce qu'il soit accepté et confondu avec l'entourage.

L'arrivant souvent réactive l'inquiétude passée et affronte le groupe de familiers par le fait même de son étrangeté. Ce qui perturbe le sentiment de satisfaction de soi du groupe qui doit y répondre soit par l'assimilation soit par l'exclusion. La persistance de l'étrangeté est intolérable en groupe ".

CHAPITRE II

- CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT DE LIEU ET DE TEMPS.

Nous décrirons à présent, après avoir donné les caractéristiques du "groupe", les conditions de fonctionnement inhérentes aux règles de lieu et de temps de la réunion des malades.

1° - Le lieu de la réunion

Le lieu de la rencontre est un vaste local situé au centre du pavillon. Il présente 2 aspects. D'une part c'est un lieu de séjour des malades et des soignants ou des visiteurs. D'autre part il occupe une position de carrefour. Il donne accès à l'escalier menant aux chambres du 1er étage, et au couloir menant à la salle à manger ; la porte de l'atelier, les portes-fenêtres donnant sur le parc débouchent sur cette salle de séjour; 2 petits espaces lui sont contigus, sans cloisons : d'un côté un petit salon blotti sous les escaliers, de l'autre l'entrée, donnant sur la porte principale du pavillon et sur les bureaux des soignants. Cette salle est surplombée par le pallier du 1er étage.

Les participants du groupe se réunissent en un cercle ou, le plus souvent, épousent la forme quadrangulaire de la salle, et l'on voit des malades se réfugier dans les angles.

L'éventualité d'un double cercle concentrique, donc de plus petit diamètre a été envisagée mais n'a jamais été expérimentée. Les caractéristiques de ce local ont des conséquences du même ordre que celles que nous avons étudiées à propos du nombre des participants. Sa situation centrale de carrefour

permet une forte participation, et même ceux qui s'abstiennent intentionnellement sont impliqués pendant la séance, soit qu'ils déambulent, entrent et sortent, traversent le lieu de la réunion puisque cela est nécessaire pour gagner la porte, soit qu'ils se réfugient dans le petit salon, dans l'entrée, sur le pallier du 1^{er} ou dans la salle à manger.

R.BATTEGAY (5) a constaté que si la séance se passe dans une pièce différente de celle qui est utilisée d'habitude, ceci est ressenti comme un changement, pas seulement dans le cadre, mais aussi dans le groupe lui-même, ce qui suggère que la pièce qui contient le groupe est aussi une partie intégrante du groupe.

2° - Le rythme des réunions.

Le rythme selon lequel le groupe se reconstitue, déterminant la fréquence des réunions, est un autre paramètre fondamental de l'expérience décrite; les autres pavillons de l'hôpital, plus anciens que le nôtre et de plus grandes dimensions, ont traversé trois expériences successives. D'abord une réunion par semaine, réunion générale ; ensuite furent ajoutées une ou 2 réunions pour des raisons diverses, poursuivant des buts divers, (information, organisation, institutions) enfin constitution de groupes plus restreints, à visée psycho-thérapique, se réunissant 3 fois par semaine.

Notre pavillon, plus récemment ouvert, a bénéficié de l'expérience des plus anciens et a traversé 2 périodes très différentes dont la comparaison est instructive.

Durant la 1^{ère} période les réunions avaient lieu 2 fois par semaine, correspondant aux jours de présence du médecin-chef. Mais cette époque n'entre pas dans notre période d'observation. Les réunions devenaient trop fréquentes pour garder un caractère comparable aux caractéristiques de la réunion hebdomadaire qui ~~avaient~~ connues les autres pavillons : réunion à type de débat public, n'abordant que des sujets généraux, et se trouvant fortement marquée par la hiérarchie des pouvoirs de décision variant du malade à l'infirmière et au médecin. Mais ces réunions bi-hebdomadaires ne se trouvaient pas assez fréquentes pour

permettre l'évolution constatée et décrite ci-dessous.

C'est devant les difficultés pratiques, la tension, l'ambiance pénible de ces réunions, pour les malades comme pour les soignants, la souffrance des soignants, leur malaise face à la passivité agressive des soignés, que les réunions sont devenues quotidiennes.

La lère constatation est que cette technique se faisait plus gratifiante puisque la réunion devenait quotidienne, plus gratifiante pour les malades, et à la fois nous donnait plus de liberté dans le maniement de la frustration. Première constatation donc, les interventions des soignés se sont faites progressivement plus fréquentes et nous avons pu leur montrer qu'ils pouvaient donc eux-mêmes guérir le groupe, du fait de leurs interventions qui faisaient immédiatement céder la tension dont souffrait le groupe tout entier, soignés et soignants.

C'est au rythme quotidien de la constitution du groupe qu'il faut attribuer le mérite d'avoir véritablement intégré la réunion à la vie du pavillon, d'en avoir fait un mode de prise en charge des malades, d'avoir influé sur la pratique des soignants.

D'autre part la quotidienneté permet à l'action thérapeutique entreprise de présenter une continuité dont le rôle est primordial. Techniquement ce qui est vécu un jour peut faire l'objet d'une analyse le lendemain, car lorsque se reconstitue le groupe de la veille, qui a partagé certains échanges et une émotion particulière, d'emblée les participants sont amenés à en reprendre le sens, à en faire l'analyse.

On évite ainsi les "trous" pendant lesquels les défenses se rigidifient. Nous avons vu que d'autre part le maniement de la frustration est facilité par la rencontre quotidienne des soignants et des malades.

La constitution du centre d'intérêt et de l'objet de la réunion - exposé et analysé plus loin chapitre III - n'a pu se faire, à notre avis, que par suite de la concordance entre le rythme des réunions et le rythme des jours, en révélant ainsi le contenu réel du vécu du pavillon et du malade.

3° - Nous étudierons à présent 2 autres facteurs : la durée et l'heure du début de la réunion - Bien que ces paramètres soient secondaires par rapport au paramètre fondamental, le rythme, ils ont fait l'objet de modifications au cours de l'expérience et montrent par là le rôle qu'ils ont joué.

La durée de la réunion a varié de façon inversement proportionnelle à son rythme. Les réunions hebdomadaires duraient une heure et plus. Lorsque les réunions eurent lieu 3 fois par semaine dans les autres pavillons, elles atteignirent le plus souvent une durée d'une heure.

Pendant la 1ère période suivant l'ouverture de notre pavillon, la durée des réunions bi-hebdomadaires avait 2 caractéristiques. D'une part elles duraient en principe $3/4$ d'heure, d'autre part, en fait, la durée variait de une $1/2$ heure à une heure suivant la plus ou moins bonne marche de la réunion. Bien souvent le "démarrage" se faisait attendre, entendons par là que les malades faisaient attendre les soignants, qu'ils gratifiaient de leurs interventions et de leur participation. Ce processus prolongeait donc la durée de la réunion.

La prise de conscience de ce mécanisme, le fonctionnement en rythme quotidien des rencontres, la constitution du centre d'intérêt et de ce qui devait devenir l'objet des échanges de la réunion, furent les principaux facteurs qui donnèrent ses caractéristiques et ses règles à la durée

1° - courte durée : $1/2$ heure.

2° - durée constante: le leader regardant ostensiblement la pendule et levant la séance lorsque le temps était écoulé.

On constata vite l'effet de ces mesures, les "démarrages" se firent plus rapides ; la frustration qui en résultait levait les inhibitions et les défenses.

4° - Quant à l'heure du début, elle mérite aussi que nous fassions quelques observations - Bien que dans tout l'hôpital les réunions aient lieu uniquement le matin, 3 formules se révélèrent

fort différentes par leurs conséquences. Nous les appellerons début, milieu et fin de matinée - Notre pavillon ne fit l'expérience que des 2 premières - Dans un 1er temps, la réunion du matin avait lieu au milieu de la matinée et suivait une autre réunion, celle de l'équipe soignante. Réunion d'information réciproque et de prise de décisions.

Dans un 2ème temps, et pour des raisons qui seront analysées plus loin (paragr.5), il fut décidé que, dès son arrivée au pavillon, le médecin prendrait contact directement avec le groupe réuni, et non plus par l'intermédiaire des soignants. Il s'agissait de faire apparaître les problèmes simultanément devant les malades, le médecin et les soignants, sans que leur approche ait déjà été faite par une réunion d'équipe.

Enfin, au cours de la 3ème période, la réunion ne suivait pas l'arrivée du leader qui prenait contact d'abord avec les différentes personnes du pavillon, malades et soignants, au cours d'entretiens individuels ou en petits groupes sans que ces rencontres fussent structurées en réunions définies. La réunion avait lieu cependant tôt dans la matinée, et c'est cette caractéristique qui est fondamentale à notre avis, puisque coïncidaient alors le début de la réunion et le début de la journée du pavillon.

5° - Place, insertion de la réunion dans l'emploi du temps des malades et des soignants.

Après avoir décrit les caractéristiques et les modalités de fonctionnement de la réunion et de la structure de son contexte : pavillon, hôpital, équipe soignante, nous tenterons d'analyser succinctement son insertion dans l'emploi du temps des membres de ce groupe, sa place d'une part dans la prise en charge des malades, d'autre part dans la pratique des soignants, c'est-à-dire l'analyse de leurs rôles et de leurs fonctions.

a) place des réunions dans la prise en charge thérapeutique des malades.

Le rôle psychothérapique de la réunion de malades s'articule avec trois modalités thérapeutiques :

— Le régime d'hospitalisation va influencer sur le mode de participation du malade à la réunion.

Selon que le régime des permissions de sortie est libre ou provisoirement interdit, par suite de son état grave ou d'un placement d'office, le malade exprimera son opposition et son inertie.

Cette perte de l'autonomie individuelle est d'autant plus sensible et les motivations à guérir d'autant plus fragiles lorsque son état nécessite de le maintenir constamment au pavillon.

Il nous faudrait considérer trop en détail la durée de l'hospitalisation et par là même sortir de notre sujet et cependant ses rapports apparaissent étroits avec le type de comportement du malade à la réunion : Depuis les malades subissant leur hospitalisation de longue durée jusqu'aux malades participant intensément et longuement au groupe psychothérapique.

La durée d'appartenance à la réunion dépendant de la durée d'hospitalisation, influence beaucoup l'aisance et le bénéfice psychothérapique du malade.

Un autre aspect de l'hospitalisation influant sur le mode d'insertion du malade au groupe de la réunion est le degré de nursing prodigué par les soignants, la nécessité d'un entourage et d'un encadrement intensifs, ce qui modifie le mode de rapport du sujet à ses soignants pendant la réunion et au groupe en général, que l'on considère ce groupe du point de vue pavillonnaire ou du point de vue de la réunion.

— Le rôle de la chimiothérapie, on le sait, est considérable dans l'optique du malade. Qu'elle soit nécessaire, ou qu'elle soit investie par le malade, c'est avec la demande de sortie un des leitmotive des revendications ou des commentaires des malades pendant la réunion. Il est étonnant souvent de constater le dialogue de sourds qui s'établit à ce propos entre les soignants et leurs malades. Les premiers considérant les médicaments comme indispensables mais secondaires, les seconds considérant la réunion psychothérapique comme obligatoire mais secondaire ! les deux types d' "échanges en impasse", qui ne peuvent

Être maniés qu'au niveau de la signification profonde qu'ils portent, font souvent l'objet des échanges de la réunion.

L'action psychothérapique de la réunion propre à l'hospitalisation s'articule avec la prise en charge extra hospitalière du fait de la collaboration de l'équipe soignante pavillonnaire avec le médecin traitant qui est responsable de l'indication d'hospitalisation mais qui a interrompu pour un temps ou plutôt modifié son action psychothérapique.

Mais cela pose le problème difficile de la coordination, de la collaboration de l'équipe hospitalière et du médecin traitant, et cela introduit l'étude de la place des réunions psychothérapiques dans la pratique de chacun des membres de cette équipe hospitalière. Nous reporterons donc l'analyse du rôle du médecin traitant à la suite de celle de l'équipe hospitalière.

Place de la réunion dans l'emploi du temps des différents soignants hospitaliers.

Les réunions des soignants avec les malades ont eu entre autres deux incidences :

la disparition d'un type de réunion et
l'apparition d'un autre.

Elles montrent ainsi les conséquences importantes sur leur pratique. La suppression d'une réunion qui était due à l'habitude des soignants de se rencontrer tous les matins pour échanger des informations, que cette réunion s'appelle "flash", "staff", "réunion de travail", est rapidement apparue comme un court-circuit, un shunt, de l'expression, de l'émergence, de la formulation, de la mise en question..... des événements, des incidents, de l'évolution des malades, de la vie du pavillon.

Par contre le besoin est apparu à l'équipe soignante du pavillon de trouver un contrôle de leur pratique dans une post-réunion, afin de faire la critique du déroulement de la réunion des malades et pour comprendre le sens des interventions, pour contrôler les interprétations émises par les soignants et le leader.

Le second objectif de cette réunion d'équipe, qui se

être maniés qu'au niveau de la signification profonde qu'ils portent, font souvent l'objet des échanges de la réunion.

L'action psychothérapique de la réunion propre à l'hospitalisation s'articule avec la prise en charge extra hospitalière du fait de la collaboration de l'équipe soignante pavillonnaire avec le médecin traitant qui est responsable de l'indication d'hospitalisation mais qui a interrompu pour un temps ou plutôt modifié son action psychothérapique.

Mais cela pose le problème difficile de la coordination, de la collaboration de l'équipe hospitalière et du médecin traitant, et cela introduit l'étude de la place des réunions psychothérapiques dans la pratique de chacun des membres de cette équipe hospitalière. Nous reporterons donc l'analyse du rôle du médecin traitant à la suite de celle de l'équipe hospitalière.

Place de la réunion dans l'emploi du temps des différents soignants hospitaliers.

Les réunions des soignants avec les malades ont eu entre autres deux incidences :

la disparition d'un type de réunion et
l'apparition d'un autre.

Elles montrent ainsi les conséquences importantes sur leur pratique. La suppression d'une réunion qui était due à l'habitude des soignants de se rencontrer tous les matins pour échanger des informations, que cette réunion s'appelle "flash", "staff", "réunion de travail", est rapidement apparue comme un court-circuit, un shunt, de l'expression, de l'émergence, de la formulation, de la mise en question..... des événements, des incidents, de l'évolution des malades, de la vie du pavillon.

Par contre le besoin est apparu à l'équipe soignante du pavillon de trouver un contrôle de leur pratique dans une post-réunion, afin de faire la critique du déroulement de la réunion des malades et pour comprendre le sens des interventions, pour contrôler les interprétations émises par les soignants et le leader.

Le second objectif de cette réunion d'équipe, qui se

situait en fin de matinée, vise à articuler la prise en charge globale des malades et ce mode d'abord psychothérapique particulier qu'est la réunion des malades ; de confronter le comportement d'un malade au cours de la journée avec celui pendant la réunion. Ce type de réunion d'équipe montre bien la complémentarité entre les soignants en fonction du temps passé au pavillon auprès des malades. Et par là, la différence du matériel d'observation auquel chaque type de soignant fait implicitement préférence.

On voit ainsi l'importance du rapport temps passé au pavillon/temps de la réunion, qui varie considérablement selon les catégories soignantes. Dans l'idéal, à la hiérarchie des responsabilités et des privilèges de prises de décisions, pourrait se substituer une hiérarchie des niveaux d'interprétation inversement proportionnelle à l'investissement dans la réalité, c'est-à-dire au temps passé auprès des malades ou à l'hôpital. Cette variation allant du plein-temps des malades à la non présence de leur médecin traitant, qui n'effectue que des consultations et des visites. Alors que les médecins hospitaliers présents ne disposent que du matériel des échanges établis pendant la réunion (ou de celui des entretiens) auquel ils attribuent le plus d'importance, les infirmières par la quantité de leurs échanges et de leurs observations de toute une journée avec le malade, ne peuvent que penser d'abord au sens de ces derniers. Cette distinction devra être reprise plus loin à propos de l'étude du rapport des trois vécus du malade.

- le vécu du pavillon, le vécu de la réunion, et son histoire vécue antérieurement à l'hospitalisation (Histoire de la maladie, Biographie, enfance) -

Après les malades, ce sont en effet les infirmières qui passent le plus de temps au pavillon. Par là c'est à elles que se pose avec le plus d'acuité et de difficulté le problème d'un véritable changement de rôle de la relation duelle à la relation de groupe. Tout le poids du matériel de leurs échanges et de leurs observations avec le malade influe sur l'établissement d'un dialogue éventuel avec lui pendant la réunion. Lui et

elle y font implicitement et systématiquement référence pendant leur dialogue. C'est à propos du rôle des infirmières que se pose de la façon la plus aigüe le problème du rapport de la relation duelle et de la relation de groupe, car leur relation duelle, à la différence de celle du médecin qui ne passe que par la parole, est chargée d'un vécu, le temps passé partagé avec le malade, les repas, les soins, le lever et le coucher, les loisirs, la distribution des médicaments. Le problème de ce changement de rôle entraîne des difficultés dans la participation des infirmières aux échanges verbaux de la réunion, des réticences à intervenir.

La position des monitrices d'atelier, leur rôle, leur mode d'insertion dans le groupe pavillonnaire rendent très originale leur place dans le groupe de la réunion. Si par le temps passé au pavillon, leur rôle s'apparente à celui des infirmières, les contingences de l'obligation de la prise en charge de tous les malades que partagent infirmières et médecins, n'entrent pas dans le programme des monitrices. Les monitrices soignantes "non médicalisées", ne disposant pas de la relation verbale du médecin ou soignante de l'infirmière qui résulte de l'existence de la pathologie ; elles ne prennent en charge que l'encadrement des malades qui se présentent à elles et viennent dans leurs ateliers. Elles sont les seuls soignants de l'hôpital psychiatrique à ne pas avoir à imposer des soins. Elles en retirent donc une liberté d'action et de dialogue à l'adresse du malade qui prend toute son ampleur à l'occasion de la réunion des malades. Elles y jouent un rôle contestatoire, expression de la normalité, rôle difficile à tenir car il peut apparaître aux malades et même aux autres soignants comme antagoniste de la sollicitude des soignants médicalisés. C'est auprès des malades que leur position apparaît la plus ambiguë : non soignante dans leur fonction, et thérapeutique par leur participation active au groupe de la réunion.

LE ROLE DU LEADER.

1 - Description du rôle.

L'étude du rôle du leader représente peut-être le chapitre le plus difficile de ce travail de description et d'analyse d'une expérience.

D'une part, parce que étant impliqué moi-même dans ce rôle il m'est impossible de jouer en même temps un rôle d'observateur.

D'autre part et surtout du fait des nombreux rôles tenus en tant qu'interne - ou confusions de rôles... -

L'interne du pavillon représentant pour le malade :

- 1° - le thérapeute individuel de son séjour hospitalier
- 2° - le responsable institutionnel de l'équipe soignante et du groupe de la réunion
- 3° - le leader présidant au déroulement de la réunion
- 4° - le thérapeute de groupe, par ses interventions et ses explications

Une autre caractéristique du fonctionnement constitue un problème : la présence un jour sur deux du médecin responsable du pavillon, impliquant ces jours là une équipe de co-leaders, cothérapeutes dont l'un est hiérarchiquement plus responsable et l'autre plus responsable par son investissement dans la vie du pavillon.

Le jeu de ces deux fonctions, analysées plus haut, s'est traduit dans leurs rôles de leaders. I Pine et al (28) a décrit certaines résistances particulières qui apparaissent lors de la présence d'un second thérapeute pouvant se manifester sous les formes suivantes de façon isolée ou associée :

- 1 - comparaison défavorable des cothérapeutes
- 2 - l'un des thérapeutes devient le souffre-douleur
- 3 - le fait d'assumer le rôle d'un thérapeute
- 4 - l'utilisation d'un thérapeute pour perpétrer des symptômes
- 5 - le fait d'éviter des relations avec les malades de "l'autre" thérapeute.

II - Analyse du rôle

- A - Avant de tenter quelques observations, il me faut dire l'intention directrice qui m'a animé au cours de l'évolution de cette expérience d'une année de pratique.

Distinguons schématiquement deux temps.

1°) Le premier temps, le plus long, le plus important a consisté à aider les participants du groupe à échanger, à faciliter et à faire augmenter le taux des échanges, en rassurant, en invitant, en écoutant avec bienveillance, en exprimant à la place du participant ; nous pensons en effet que le premier objectif à atteindre était de structurer un groupe pouvant investir de façon narcissique la réunion.

Il s'agit en effet pour le groupe constitué de se percevoir comme groupe communautaire.

2°) Dans un deuxième temps, les interventions du leader se sont faites plus rares jusqu'à ce que le leader s'abstienne d'intervenir et laisse peser le silence. Cette attitude plus frustrante ne se concevait que pendant les périodes où le groupe avait acquis une maturité et avait l'habitude de se constituer et d'échanger.

Il nous semble que le rôle du leader a été essentiellement de percevoir ces fluctuations; fluctuations dues aux différentes périodes correspondant aux variations de la composition du groupe, directement liées aux entrées et aux sorties.

Continuellement il a fallu doser les interventions visant à donner une cohésion au groupe de la réunion, et les frustrations qui amenaient les participants à s'affirmer comme sujets.

Mallinson (25) propose une classification systématique des fonctions du thérapeute et des types d'interventions en relation avec les besoins spécifiques auxquels répondent différentes formes de psychothérapie de groupe.

Il souligne la nécessité de tenir compte de ces besoins dans la programmation des groupes.

- B - Outre le taux d'intervention du leader qui a varié de façon inversement proportionnelle à l'état de cohésion du groupe, nous devons considérer la nature des interventions.

a) "Parler ce qui est vécu", consiste en effet à objectiver ce que tout le groupe perçoit sans le formuler. Bien qu'il s'agisse de la simple constatation d'un état de fait, celui du pavillon, ou celui du moment de la réunion, lorsque le leader joue ce rôle, il est un participant du groupe - l'un des participants du groupe - qui formule et exprime ce que les autres peuvent constater.

b) On ne peut parler d'interprétation au sens analytique du terme dans la mesure où celle-ci se situe dans la relation duelle transférentielle au thérapeute, situation qui n'est pas celle de la relation de groupe.

Il s'agit d'une explication, c'est-à-dire de la poursuite d'un sens, recherche partagée par tous les participants auxquels s'adresse le leader. Explication qui consiste à donner ou à trouver un sens à ce qui semble ne pas en avoir. Attitude à mi-chemin entre l'interprétation et la rationalisation.

Mais la qualité de cette attitude importe moins que le fait qu'elle soit partagée par les participants ou que ceux-ci cherchent à la partager ou à la faire partager.

Proposer la recherche du sens est un appel à l'identification projective des malades. Cette identification projective se faisant dans deux directions :

1° - A l'égard des autres malades afin de percevoir le sens d'un symptôme ou d'un comportement pathologique dans la situation de sujet impliqué-sujet concerné, où il se trouve et que nous décrirons plus loin.

2° - A l'égard du thérapeute ou des soignants en général qui constituent toujours le modèle d'identification. En effet le simple fait d'écouter un autre malade qui parle, constitue pour le malade qui écoute une identification au soignant, par référence au leader "qui sait tout".

Ceci explique pourquoi la recherche du sens est d'avantage possible dans le vécu immédiat c'est-à-dire celui de la réunion, extemporainement plutôt que dans ce qui est rapporté du "dehors ou d'avant".

Horwitz (13) oppose le comportement du leader de groupe psychothérapique à celui du leader de "training group". Bien que le groupe de la réunion ne soit pas un groupe centré sur le groupe mais sur la personne du malade, il semble que notre rôle de leader soit comparable à celui du leader de "training group" que Horwitz décrit :

" A la différence du thérapeute de groupe, le thérapeute dans un "training group", non seulement interprète, mais aussi se déplace dans la direction du rôle d'un membre par un comportement "modelant". Il diminue ainsi le transfert, mais cette méthode est préférable pour l'acquisition d'une connaissance d'eux-mêmes par les membres, dans un temps limité.

Le thérapeute de groupe encourage le développement du transfert particulièrement sur lui-même, en restreignant son comportement à celui d'un observateur et d'interprète du groupe et des conflits et résistances individuelles.

Le thérapeute d'un "training group" au contraire, n'est pas seulement interprétant mais agit souvent dans le sens d'un membre de groupe en ayant un comportement de modèle....

Ce comportement (semblable à celui d'un membre) contribue à une atténuation des réactions de transfert et à une diminution de la préoccupation de la figure centrale, à une diminution des réactions régressives et à une augmentation de l'interaction et de l'interdépendance entre les membres du groupe."

- C - Du fait des nombreux rôles tenus par une même personne, ou de la confusion de ces rôles - nous ne pouvons trancher sur ce point... - l'importance du "désir du leader" a joué de façon prépondérante.

"Le rôle du rôle" du leader, a été au début très important comme le montre ce jeu de mots.

Il a dû se définir au-delà de son rôle de médecin responsable de chaque malade sans renier ce rôle et au-delà de sa fonction de médecin institutionnel sans non plus oublier qu'il était vécu comme tel par le groupe.

En effet, dans la pratique de ses interventions, devait-il se situer comme un arbitre, un personnage neutre, voire silencieux ou au contraire comme un participant interventionniste voire directif ?

Notre goût et nos tendances personnelles ont-elles fait pencher la balance ? Il s'agit en effet alors du "désir du leader" qui ne peut-être neutralisé, ni aseptisé quoi qu'on fasse.

Le "désir d'untel" qui est de : "faire mieux", "ne pas rien faire", "faire quelque chose", que le contenu de ce vouloir faire soit contestable importe moins que le rôle d'image d'identification que le leader représente pour les malades, qu'il le veuille ou non. Outre la réalité de ses fonctions, et de son insertion dans la réalité du pavillon, le leader, vécu comme modèle par les psychotiques, est différent du modèle psychanalytique qui se tait et laisse parler.

Ne peut-on dire que montrer son désir permet au leader de s'affirmer comme soignant et de ne pas laisser s'installer la confusion entre le thérapeute hospitalier qui administre des soins et le psychothérapeute qui ne répond qu'aux demandes qui lui sont faites.

Ce n'est qu'en "existant" devant le malade que nous avons tenté de dépasser la confusion des fonctions et des rôles qui nous étaient impartis.

CHAPITRE III

Le contenu des réunions, son évolution.

Après cette étude statique des caractéristiques de la réunion des malades nous rapporterons dans ce chapitre les thèmes abordés et le contenu des échanges établis entre les participants, et les variations du taux de ces échanges.

Mais on ne peut ici appréhender que de façon globale ce contenu, sur toute la durée de l'expérience, alors que c'est l'évolution des centres d'intérêt et du taux des échanges qui semblent caractéristiques de ce type de groupe.

Disons d'emblée que ces deux paramètres dépendent d'un facteur temps, la période pendant laquelle la composition du groupe reste constante sans être modifiée par des entrées ou des sorties de malade.

Cette maturation d'un groupe donné temporaire influence sur leur évolution.

Un autre facteur d'évolution tient dans la maturation propre du groupe pavillonnaire. D'une part son organisation générale se structure et d'autre part la pratique de l'équipe se dessine, traverse des crises, se définit.

- A - Afin d'illustrer la description et l'analyse de ces problèmes posés, nous reproduisons ci-dessous quelques extraits de compte-rendus de réunions.

Compte-Rendu n°1

Il faut noter l'absence d'un "couple" de malades "vedettes" Mme L. (à Paris)- Melle P. (retirée dans sa chambre peu avant la réunion). L'attention des présents se tourne vers Melle L. dont on attend visiblement qu'elle joue son rôle de partenaire. Après quelques instants de silence, Melle L. parle d'abord de la communication difficile entre les gens du pavillon rendue encore plus difficile par les personnalités de Melle P. et de Mme L. c'est avec ces personnes qu'il faut communiquer.

1) Lorsque le leader lui fait remarquer que l'absence de ces deux personnes est lourdement ressentie ce matin. Elle acquiesce et remarque le manque de ce qu'elles apportent habituellement.

2) Le leader lui fait ensuite remarquer que ces deux personnes malgré leur contact difficile lui manquent ce matin à elle particulièrement. "(Il vous manque vos deux interlocutrices habituelles)". Elle le perçoit parfaitement. Il y a un peu plus d'une semaine Melle L. ne parlait pas en réunion ; elle est intervenue dans les échanges comme interlocuteur de Mme L. et de Melle P. qui lui ont permis de s'amalgamer à ce couple

Parce que le couple P.L. est absent, parce que Melle L. reste vécue par le groupe ce matin comme un protagoniste, les échanges sont passés par elle - elle aura, avant d'accepter ce rôle exprimé le désir - réassuré par les soignants-d'inviter Melle P. en allant dans sa chambre. (sans succès d'ailleurs).

- Dans les compte-rendus des deux réunions suivantes qui sont consécutives et qui rapportent en fait le déroulement de trois réunions, on décrit comment une malade, Mme G., sortant d'un épisode hallucinatoire et délirant a été amenée à prendre le groupe à témoin de la critique de son délire.

Compte-Rendu n° 2

Première réunion

A la suite de la réunion d'hier, où Mme G. est apparue inamovible et retranchée derrière un comportement adapté en apparence, tient un raisonnement sain - ce qui apparaît et est reconnu par le groupe et par les soignants. Il s'agit de la mettre dans une situation où la contradiction apparaisse au groupe -

Il s'agit de faire apparaître au groupe la non réponse que G. adopte en relation individuelle ainsi que son comportement d'annulation. Afin que cela apparaisse incompatible, aux yeux de tiers, avec son comportement et son raisonnement habituellement adaptés.

Une monitrice, Melle S. personnage le moins médical peut exprimer qu'elle ne comprend pas ni n'admet pas cette incompatibilité. Melle S. exprime alors le sentiment des malades présents qui ne vont pas jusqu'à formuler leur incompréhension de cette situation : Mme G. est en placement d'office, elle est traitée de force, et nous la voyons saine d'esprit. La non réponse de Mme G., l'annulation de l'existence de ses préoccupations sont apparues particulièrement hier et aujourd'hui du fait du comportement de Mme L. Hier Mme L.R. a répondu à la place de Mme G. lui a évité de se trouver en situation de silence, a apporté une rationalisation (mère de huit enfants soucieuse donc maladie). Le leader peut exprimer ce matin ces différents points.

Mme L.R. le lui fait remarquer hier avec Melle S. après la réunion, - ce qui l'a amené à se rendre dans la chambre de Mme G. pour "éclaircir les choses". En voulant éclaircir les choses ce matin, Mme L.R. s'adresse à nouveau à Mme G. et la remet ainsi en cause, et dans l'obligation de se prononcer. Ce qu'elle ne fera que le lendemain où elle pourra se voir en situation de contradiction - par identification à une autre délirante, Melle B. - alors que ce matin elle est impliquée. Ce matin c'est donc à L.R. que le leader s'adresse pour montrer le comportement d'annulation qu'elle a adopté hier et qu'elle a adopté en prenant à son compte l'annulation de Mme G.

L'un des thèmes abordés - le traitement de force - recueille différents témoignages (L.Z.) et des commentaires sur la situation du traitement de force. Celui qui voit, celui qui est en situation. Avec la sanction qui en découle : obligation de prise en charge de celui qui en situation ne voit pas.

Compte-Rendu n° 3

Deuxième réunion

Après différents échanges, changement de centre d'intérêt avec le retour de Melle B., très anxieuse depuis le début de la réunion, ne pouvant rester dans le groupe, demandant à partir de l'hôpital. Expression dramatique du délire - plaintes douloureuses - angoisses devant le délire d'influence. Revendication sur les soins - Désir de fuite. Cet état aigu force l'attention du groupe et les interventions fusent à type de sollicitude, d'étonnement, d'incompréhension. D'une part, le leader montre l'inefficacité de telles sujétions faites à la malade parce qu'elle nie l'existence de son syndrome. D'autre part, le leader fait exprimer à Melle B. les thèmes délirants - délire d'influence et de persécution à distance. Un homme la pique, elle nous demande d'agir auprès de cet homme pour le faire cesser. Le groupe conclut à la nécessité de la retenir à l'hôpital "il faut la garder" dit Mme G. et nous affirmons alors à la malade que nous devons l'aider et l'écouter. Cette manifestation de "folie" n'entraîne pas l'ironie du groupe. Il est possible d'indiquer que ce délire de la malade est une vision erronée de ce qui se passe réellement. Il est nécessaire que le

groupe et le leader comprennent ce que le malade se cache à elle-même et ne peut voir en délirant. Cette rationalisation, ne peut atteindre, certes, cette poussée délirante aigue mais nous la manions à l'attention d'une autre délirante présente à l'écoute. En effet, Mme G. sort de son mutisme intervient et dit : "Je comprends, car pour moi c'est pareil..." "Cette dame croit aux pouvoirs occultes". Stupeur dans l'équipe soignante devant une telle mise en question de son délire par la malade. Le leader demande à Mme G. : "vous voulez parler du poison..." (poison contenu dans les vêtements qui l'intoxique). Oui, c'est cela, répond Mme G.

On perçoit Mme G. à la recherche de l'expression et de la formulation de l'auto-critique de son délire. Le groupe soignant et quelques malades l'écoutent avec une attention aigue qu'elle perçoit - Melle L.R., sa voisine, l'encourage avec sollicitude. A ce moment une schizophrène Mme P. intervient de façon désadaptée et perturbe l'échange établi en agressant Mme G. dans le but de recueillir l'attention que le groupe ne lui accorde plus depuis un instant. Mme G. exprime qu'elle regrette que Melle P. lui ait fait perdre le fil. On ne parvient pas à contrôler Melle P. tandis que le leader s'y emploie, tentative de reprise de l'écoute de Mme G. par Melle L.R. "dites, cela vous fera du bien" Mme S. une monitrice Melle S. "C'est la première fois que Mme G. nous dit cela" deux infirmières affirment combien cela est important et nouveau. Mme G. ne parvient pas à reprendre la formulation -qu'elle fera ensuite en fin de matinée en relation individuelle. Le leader relève cette impuissance et en même temps que Mme L.R. nous lui disons "que nous ne pensons pas que Mme G. puisse aujourd'hui aller au-delà de ce premier pas". Elle nous dit qu'elle s'est débarrassée de son erreur.

Compte-Rendu n°4

Mme V. reprend le reproche à l'adresse de la réunion en constatant que c'est trop long. Puis, parvient à exprimer (ce qu'elle était sur le point de faire samedi dernier) la rancœur qu'elle ressent à l'adresse d'une monitrice Melle L. Elle explique que pendant son week-end, parce qu'elle n'a pu faire les reproches qu'elle souhaitait faire à Melle L.; elle a pris sa fille à partie et a pensé à se suicider, en expliquant bien que c'est parce qu'elle avait "gardé sur le coeur" ces reproches qu'elle les avait adressés à sa fille d'abord, ce qui avait entraîné une dispute puis à elle-même.

On peut donc reprendre très clairement la relation entre l'agressivité rentrée et l'auto-destruction. Melle L. essaie de reprendre et d'analyser le comportement de Mme V. à l'atelier et dans le pavillon. Mme V. devient accessible à cette analyse et constate qu'effectivement elle s'est réfugiée dans une hyper-activité.

Compte-Rendu n° 5

Melle J. est en cure et n'assiste pas à la réunion.

Mme P. qui est là aujourd'hui centre toute la réunion, parle sans cesse et sans cesse, repousse, annule, transforme, élude les réponses qui lui sont faites. Refuse qu'on l'appelle Mme P. mais refuse surtout de dire comme elle désire être appelée... Montre à plusieurs reprises les mécanismes fusionnels sous-jacents alternant avec le désir exprimé d'avoir une identité propre.

Son langage a finalement réussi à annihiler la participation du groupe que l'on sent favorablement dépersonnalisé. Le mécanisme nous y paraît si net que l'on peut le montrer assez clairement en montrant comment Mme P. se veut personnage "fantomatique" en peine de réincarnation. Le leader lui dit qu'il ne dépend pas de nous que nous nous appelions respectivement lui, leader ; et elle P. Répond qu'elle ne sait pas comment s'appelait le père du leader. Le leader lui dit que justement son nom le lui indique. En vient au problème de la filiation mais la séance doit être arrêtée....

Compte-Rendu n° 6

Madame R. après que le leader ait remarqué la présence d'une entente, Mme X., demande à faire connaissance avec elle en l'incitant à parler d'elle. On fait remarquer alors à Melle R. qu'elle même n'a jamais parlé d'elle, qu'elle préfère connaître les autres, qu'elle fait le médecin etc... demande d'abord qu'on l'interroge ; on lui dit qu'on ne sait pas pourquoi elle est ici, se défend d'avoir quelque chose à cacher puis, raconte de façon assez vécuë, ses difficultés et ses compensations délirantes. Il y est essentiellement question d'un homme qui se serait suicidé parce que l'on aurait dit qu'elle le trompait, c'est dit-elle, un véritable assassinat psychologique. Elle évoque son état dépressif, ses tentatives de suicide, l'incendie qu'elle aurait provoqué chez elle. Parallèlement, exprime le délire où elle se voit la proie de sa soeur qui aurait essayé de la faire interner à vie avec la complicité du Dr A. pour qui elle exprime sa haine. Plusieurs éléments du groupe dont Melle J. relèvent que les troubles qu'elle décrit elle-même comme troubles suffisant à expliquer son hospitalisation. On perçoit que Melle R. cherche à se convaincre elle-même quant à ses explications délirantes.

A noter que l'on perçoit aujourd'hui comment peut se faire la contestation d'un délire par le groupe qui ressent le besoin non pas de faire une contestation intellectuelle d'un délire mais d'investir les éléments de réalité et à ce titre rassurants, du récit. Mme P. qui a pû aujourd'hui écouter sans interrompre Melle R. montre ses mécanismes de défense lorsqu'elle essaie de ramener à elle-même de façon massive la problématique de Mme R. Le leader termine la réunion en disant que maintenant nous connaissons un peu mieux Melle R.

Compte-Rendu n°7

A signaler d'abord que Melle J. avait pris une permission sans autorisation. Au début de la réunion, elle se montre très tendue, regarde le leader du coin de l'oeil. La détente survient vite dans la mesure où l'on peut très vite parler de cette permission auto-déterminée. Rire de Melle J. Il est possible de lui dire qu'elle attendait de se faire sermonner dans cette mesure qu'elle se montrait mal à l'aise et il est possible d'ajouter que c'est en fait elle-même qui est très coupable. A propos de cette permission, on peut ensuite intervenir auprès de Melle L. qui comme d'habitude garde un silence total. On apprend alors qu'elle n'a pu prendre une permission qu'après en avoir "demandé la permission" à une autre pensionnaire. Melle L. exprime son indécision perpétuelle, son désir de faire plaisir à ses parents, son désir de rentrer ici ensuite pour nous faire plaisir en s'occupant de la caisse du pavillon, nous exprime son sentiment qu'elle a de ne pas être capable de vivre seule et indépendante. Le leader évoque son sentiment de culpabilité et assez implicitement son ambivalence vis-à-vis de ses parents.

Compte-Rendu n°8

Réunion qui commence par un silence. Les gens sont détendus.

Rapidement l'intérêt se porte sur Melle J.P., jeune schizophrène. Tout le monde commente son comportement et s'étonne de celui-ci. Mme R. explique que lorsque Melle J.P. vient lui dire bonjour dix fois par jour, elle ne lui répond que la 1ère ou la 2ème fois. Tout le monde s'étonne effectivement de ce comportement de Melle J.P. qui consiste à s'adresser un grand nombre de fois mais à ne pas répondre lorsque l'interlocuteur s'adresse à cette malade. On en conclut que Melle J.P. ne doit pas pouvoir supporter l'objet de sa demande. On décide d'autre part de la traiter comme un adulte et non pas comme un enfant. Mme R. explique qu'elle a perçu dans le comportement de Melle J.P. quelque chose qui l'incitait à la traiter en adulte et non en enfant. Sur ces différents thèmes, les échanges sont fournis, de nombreuses personnes donnent leur témoignage. Bien que l'intéressée ne participe pas à ces échanges, il est visible qu'elle écoute et qu'elle peut percevoir ainsi la cohésion des soignants aussi bien que des malades, quant à la définition de l'attitude que nous souhaitons avoir à son égard. Il s'ensuit un silence assez lourd qui surprend le groupe qui jusqu'alors avait été détendu. Melle J. commente ces minutes de silence, Mme L. veut parler de son traitement. Il est visible que ces deux tentatives opposées expriment de deux façons différentes le malaise de ces deux malades devant cette situation de silence. On en vient à parler de l'attitude de Mme L.R. qui consiste à demander un accord, à demander un contrôle de ce qu'elle-même a décidé, a pensé. Melle J., Mme R., une infirmière et une monitrice lui commentent cette façon de faire. Melle J. va même jusqu'à lui jouer en le mimant l'incertitude de Mme L. Gros succès, rires

du groupe à cette évocation. Mme L. dit qu'elle vient de comprendre quelque chose : que effectivement elle a besoin d'une part d'être contrôlée, et d'autre part de se fixer des buts, c'est-à-dire de faire des projets qui servent à se protéger et à se rassurer. Mme S. évoque que son comportement pourrait être analogue.

Compte-Rendu n°9

Melle L. se lève quelques instants et se rassied. Cela suffit pour que la discussion soit centrée sur son comportement en particulier son comportement du matin dont se plaignent d'autres malades. Elle dit qu'elle s'ennuie et que c'est pour cela donc qu'elle se manifeste centrant de plus en plus l'attention du groupe : elle est plus anxieuse et prend la main de sa voisine.

Le leader dit qu'elle nous explique par ce geste ce qu'elle recherche le matin. On en vient à son travail de femme de service dans une clinique tenue par des soeurs. Il faut dire qu'auparavant Melle R. avait expliqué comment ce matin à 6 heures, elle s'était défendue contre une visite inopportune de Melle L. en brandissant une trique, c'est-à-dire un bâton, le leader revient à cette trique à propos des bonnes-soeurs. Réaction de retrait dans le silence de Melle L. Elle nous parlera ensuite de son ambivalence vis-à-vis des Bonnes-Socurs précisant que maintenant elle peut les dénigrer. Elle parle longuement de son désir ancien de devenir elle-même bonne-soeur et de monter progressivement dans la hiérarchie mais finit par dire qu'elle sera bonne-soeur quand elle sera morte. Large participation du groupe qui l'interroge peut-être un peu trop ce qui explique peut-être sa réaction de fuite à la fin de la réunion où elle demande si elle a la permission de sortir du pavillon et elle saute sur le prétexte pour sortir mais revient aussitôt. Pendant son absence est abordé le problème des participantes muettes qu'une infirmière a envie "d'attaquer" tout en précisant qu'elle n'a pas de trique. On en vient à Mme M. qui n'a rien exprimé lorsqu'il a été question de Melle L. alors qu'elle est la seule à avoir des contacts avec elle. Intervention visant à la culpabiliser en lui montrant que Melle L. a pu se sentir abandonnée par elle.

Compte-Rendu n° 10

Le thème de la réunion est d'abord constitué par le comportement de Mme T. qui provoque les malades par son agressivité ludique.

Melle R. explique la difficulté qu'elle éprouve à se maîtriser pour ne pas réagir violemment, puis Melle L. exprime son appréhension de devenir comme Mme T., le pilier du pavillon. Enchaîne explicitement sur ses rapports avec Mr X., malade d'un autre pavillon et continue sur son problème qui l'a

dominée jusqu'à maintenant : rentrer au couvent ou devenir femme - Son récit provoque des rires spécialement de la part de Melle S.A., de Melle R., cette dernière d'ailleurs se montrera pendant la réunion très paranoïaque. Le leader intervient d'ailleurs pour lui montrer qu'elle fait mal à Melle L. qui effectivement se bloque complètement et arrêtera la réunion en expliquant qu'on a suffisamment secoué Melle L. et l'ensemble du groupe semble à ce moment là plus attentif à la souffrance de Melle L. qui est devenue manifeste. -

Compte-Rendu n° 11

Mme T. se lève à plusieurs reprises se montrant très malade, par son comportement désadapté et ses préoccupations érotiques, Mme P. dit que Mme T. lui dit des choses qu'il n'est même pas possible de répéter et qu'elle supporte très mal. Melle L. explique que Mme T. n'a plus son mari et donc qu'elle n'a plus de rapport avec lui. Mme T. fait la folle, par exemple se lève en disant qu'elle veut jouer du piano ou reste figée comme une statue au milieu du groupe. A un moment donné, Melle L. la prend sur ses genoux ce qu'elle ne supporte pas et se lève rapidement. Il est question des problèmes sexuels. Melle L. disant qu'elles étaient toutes obsédées. Melle C. dit ne pas être là pour parler de sa vie privée et que ces problèmes lui entrent par une oreille et lui sortent par l'autre. Melle R. enchaîne en disant que lorsqu'elle avait 4 ou 5 ans, elle pensait devenir soit carmélite, soit chanteuse. Le groupe est assez détendu et rit. Les problèmes de religieuses sont donc réapparus. Melle L. exprime son sentiment de culpabilité vis-à-vis des religieuses.

- B - Thèmes abordés au cours des échanges des réunions.

Il serait fastidieux d'en faire l'inventaire.

Nous tenterons de faire une brève énumération de quelques thèmes de discussion.

- Thèmes touchant à l'organisation du pavillon
- Loisirs, promenades, ...
- caisse du pavillon, dépenses,
- activités de l'hôpital,
- vie de l'atelier du pavillon
- cuisine et repas préparés par les malades
- Evènements de la vie du pavillon
- La présence "du bébé" d'une malade hospitalisée
- l'annonce de visiteurs
- le départ ou l'arrivée d'une malade
- le départ, l'arrivée, les vacances d'un soignant....
- sujets anodins, faits-divers, "potins",
- Problèmes individuels présentés par une malade
- Demande de "sortie", de permission,
- demande de baisse de médicaments
- problème somatique, plainte exprimée
- plainte au sujet de la nourriture
- Sujets généraux, par exemple :
- La chimiothérapie
- l'alcoolisme
- l'éducation

- l'homosexualité
- le cinéma, etc ...
- Evènements, incidents de la vie du pavillon
- agitation nocturne
- vol d'argent
- agression, bagarre
- conflits entre malades ou entre malades et soignants
- renvoi de la femme de ménage
- un décès
- incident de la vie communautaire
- Cas individuels - problèmes, "pris en charge" par le groupe
- une absence à la réunion
- un état d'agitation
- une fugue
- une expression délirante
- un mutisme
- une tentative de suicide
- etc
- Témoignages individuels longuement exprimés -
- Cas individuels, repris plusieurs jours de suite -
période d'une malade-vedette
- Cas d'une paranoïaque voulant communiquer sa conviction délirante (Melle R.)
- Cas d'une schizophrène envahissant les échanges (Melle P.)
- Cas d'une malade revendiquant l'attention du leader ou du groupe (Mme L.R.).

- Cas d'une délirante anxieuse instable et incontrôlable (Melle T. et Melle B.).
- Problèmes liés à des questions de psychopathologie
- confrontations d'expériences pathologiques
- hospitalisations incomprises du sujet (paranoïaques, délirants)
- traitements de force, d'urgence
- refus de permission
- agression, mise en cause des soignants, du leader, des traitements.
- comportements pathologiques
- évolution constatée chez un malade (aggravation, amélioration)

Il faudrait analyser plus longuement que nous ne le faisons les caractéristiques des échanges établis en fonction de leur orientation, de leur intensité, etc... parce que c'est par l'interprétation que les soignants font de ces caractéristiques que devient abordable dans l'instant le sens du comportement du malade.

On peut distinguer schématiquement trois types de comportements quant à la direction des échanges :

1°) Les échanges à multiples directions, mais se faisant:

- soit de façon préférentielle à l'adresse des soignants
- soit de façon préférentielle à l'adresse des autres malades
- soit indifféremment dans ces deux directions et sans réticence particulière à l'égard de l'une ou de l'autre.

2°) Les échanges que le malade établit en recherchant la situation de dialogue singulier à l'intérieur du groupe

- soit à l'adresse d'un malade du type de la complicité de deux bonnes amies
- soit à l'adresse d'un soignant, un médecin par exemple, à propos d'une question personnelle.

Cette démarche de recherche du dialogue singulier est sous tendue par la volonté d'exclusion, d'annulation du reste du groupe, hormis le couple, mais se manifeste en présence du groupe.

Elle entraîne toujours, réactions ou interprétations.

3°) Le troisième type d'échanges à directions diffuses est représenté par le monologue délirant, non orienté, désadapté, signifiant souvent la revendication de l'attention du groupe et du leader.

Quant à la quantité et la qualité des échanges, elle nécessiterait d'étudier ce que signifient et comment peuvent être maniés :

- l'envahissement, la prolixité, l'intarissable et, à l'opposé, les manifestations frustes, parfois inaudibles.
- l'apropos à la conversation en cours, ou la rupture désadaptée, le langage hermétique et désadapté, le mode de comportement.

- C - Le silence est un phénomène fondamental qui s'est manifesté bien souvent, et qui a fait l'objet de nombreuses réflexions au cours des réunions.

Nous donnerons quelques extraits de l'excellente étude de SLAVSON (41) sur le silence en groupe, qui exprime des observations que nous avons pu souvent constater.

"Le phénomène même du silence a besoin de devenir le sujet d'examen d'un groupe. Souvent, la discussion qui s'en suit au sujet du silence d'un groupe peut s'avérer être le début d'une découverte fructueuse d'attitudes inconscientes et préconscientes et aider à résoudre des traumas précoces profondément enfouis".

Cependant c'est ici que les précautions du thérapeute doivent être redoublées. Il doit avoir pleinement conscience de la signification d'un moment de silence précis et prendre les mesures appropriées en rapport avec sa compréhension. En agissant sur le silence, il doit être plus vigilant qu'en répondant à des communications verbales, car à travers le silence un individu défend souvent des régions sensibles de son être qu'il ne cédera pas volontiers à la propriété commune. L'invasion maladroite ou brutale de ces régions menacées choque l'individu et peut détruire le transfert positif vers le thérapeute.

Quand le thérapeute perçoit un épisode de silence général dans un groupe comme une période de pensée profonde ou, comme le résultat d'une expérience, d'un événement ou d'une communication profondément ressentie, il doit rester passif jusqu'à ce que le silence soit rompu par un des membres du groupe. Dans les moments de telle affectivité, l'anxiété provoquée pousse toujours un des membres à chercher l'échappatoire dans la verbalisation ou, comme il arrive quelquefois, dans des éclats de rire spontanés contrephobiques.

D'autre part, quand le silence représente une phalange de résistance ou d'hostilité vis-à-vis du thérapeute (en rapport avec l'état du transfert de base du groupe sur lui), il pourra trouver justifié de prendre à partie le groupe en entier.

Un thérapeute doit-être attentif aux silences de la part d'individus ou de groupes qui proviennent de capacités intellectuelles limitées ou de mauvaise compréhension.

Les silences dans la psychologie de groupe sont universellement considérés comme une résistance.

Nous distinguons donc 4 types de silence pendant les discussions de groupe :

- les silences individuels généraux
- les silences individuels sélectifs
- les silences de groupe généraux
- les silences de groupe sélectifs

La plus grande majorité de la population qui s'adonne au silence y a recours à cause de ses raisons névrotiques et contrephobiques. Parmi celles-ci il y a :

- a) l'anxiété pénétrante
- b) la peur généralisée et la timidité
- c) les contraintes familiales précoces
- d) l'anticipation de la réjection ou de la punition
- e) la menace de l'amour-propre
- f) l'insécurité sexuelle
- g) les troubles du schéma corporel
- h) la peur de la révélation de soi
- i) la culpabilité.

Les silences généraux de groupe

Les silences généraux de groupe se produisent habituellement dans des groupes thérapeutiques pendant les stades initiaux dans des périodes de

- a) l'anxiété induite par le groupe très forte et de la peur et la timidité de ses membres qui en résulte. Ces incidents tendent à diminuer après la période d'acclimatation et ainsi que l'inconfort et les opérations du moi des différents nombres se manifestent. Le contact prolongé diminue la menace et les précautions qui en résultent, facilitant la communication et réduisant la fréquence de tels silences défensifs.
- b) les silences généraux de groupe peuvent être provoqués par l'immaturité psychologique c'est-à-dire quand les sujets sont au-delà de la compréhension des malades et qu'ils sont intellectuellement incapables soit d'y répondre, soit de donner un échange.
- c) quelquefois les silences de groupe généraux représentent une phalange de résistance au processus thérapeutique qui progresse et est mobilisé par
- d) un sentiment de transfert négatif envers le thérapeute
- e) par une hostilité générale ou de la colère de la part de certains nombres du groupe à un moment donné. D'autre part le

silence général apparaît souvent du à

f) une émotion intense commune ou

g) une réflexion (cogitation) sur un sentiment très chargé d'affect ou sur une pensée importante

h) un groupe peut tomber dans un silence général, transitoire, en réponse à une affirmation particulièrement maladroite ou à un acte du thérapeute empêchant alors la relation transférentielle entre lui et le groupe. Et encore

i) un groupe, comme cela est aussi vrai des malades en psychothérapie individuelle, peut tomber dans le silence pour activer une communication de la part du thérapeute.

Le silence comme moyen de communication

Dans la psychothérapie et dans la vie en général le silence peut-être une forme de communication. La difficulté réside dans le fait que ceux qui sont présents ne peuvent pas toujours être certains quant à la signification latente d'un silence particulier qu'il représente de la résistance, de la défense, de la colère, du dépit ; le sentiment d'accord ou de désaccord ou une ou beaucoup d'attitudes de sentiments et d'humeurs dont l'homme est capable.

La conduite de la part des thérapeutes qui peuvent mettre un groupe dans le silence sont

a) le fait d'être abrupt

b) le mauvais minutage d'une explication "choquante" ou d'une interprétation (c'est-à-dire quand les malades ne sont pas émotionnellement et/ ou intellectuellement prêts pour cela).
d'un sujet chargé d'affect ou tenifiant.

c) une attaque ou une critique d'un membre du groupe (qui mobilise la solidarité parmi les malades et le ressentiment contre le thérapeute)

d) une affirmation ou une explication irrespectueuses et

e) une manifestation de colère ouverte ou d'imitation de sa part.

C O N C L U S I O N

L'évolution du contenu des échanges et des thèmes abordés a permis de voir se définir le centre d'intérêt et l'objet de la réunion des malades.

Nous avons intentionnellement classé, ci-dessus, les thèmes abordés dans l'ordre dans lequel s'est faite cette évolution.

Nous avons constaté un déplacement du centre d'intérêt du groupe de discussion vers les problèmes de la psychopathologie centrés sur le malade, et l'abandon progressif des aspects organisationnels de la vie du pavillon, sauf lorsque ceux-ci se posaient à propos d'incidents de la vie collective.

Une autre évolution constatée porte sur la plus grande facilité à livrer des informations au groupe des malades et à les intégrer aux systèmes des prises de décisions - ce qui est resté cependant exceptionnel - M.A.Woodbury (45) souligne l'importance de ce principe : "autant que possible, toutes les activités des soignants doivent être intégrées au programme de traitement des malades".

DEUXIEME PARTIE

INTRODUCTION.

Au cours de l'évolution de notre expérience, pendant une année de réunions quotidiennes, des phénomènes importants mais difficiles à cerner et à décrire se sont produits, entre le fait de l'hospitalisation du malade et l'introduction de la réunion dans la vie du pavillon.

L'ensemble de la population du pavillon se découvre et se perçoit comme un groupe communautaire dès qu'elle a constaté plus d'une fois son existence de groupe pavillonnaire. C'est du moins ce que l'entrant, le nouvel hospitalisé, ressent dès le second jour. D'un coup il se trouve appartenir à une communauté, et cette communauté a les limites d'un groupe. Ce groupe est celui de la réunion quotidienne. En effet la réunion sensibilise la perception encore informe et diffuse de la communauté par l'entrant. Divers facteurs y contribuent :

- 1 - le temps du traitement, qui s'écoule au rythme des jours passés à l'hôpital.
- 2 - la vie en communauté.
- 3 - les manifestations et l'expression de la pathologie.
- 4 - l'ensemble des relations interindividuelles qui constitue le vécu global du pavillon.
- 5 - la relation thérapeutique soigné-soignant quelque'en soient les protagonistes.

Mais avant de développer ces aspects de l'hospitalisation, nous rappellerons encore une fois l'importance que prennent alors les paramètres et les modalités de la réunion décrits dans la première partie :

- 1 - le rythme quotidien des réunions
- 2 - les dimensions égales du groupe du pavillon et du groupe de la réunion

- 3 - l'évolution du contenu des échanges et la constitution du centre d'intérêt
- 4 - le fait pour un sujet d'appartenir à un groupe

La perception du patient prend corps pour, le plus souvent, parvenir à se formuler, tandis que par un mouvement comparable, et pendant le temps de la réunion, chaque matin le groupe communautaire se structure pour un moment, en un lieu défini, réunissant des personnes connues.

Après avoir donné dans la première partie la description détaillée des modalités du fonctionnement de ces réunions de malades, nous voudrions tenter de formuler et d'analyser un phénomène, celui des rapports établis entre les paramètres déjà définis de la réunion et les aspects de l'hospitalisation.

Il s'agit de voir comment certains paramètres de la réunion révèlent et mettent l'accent sur certains états de fait impliqués par l'hospitalisation.

Nous avons été amenés à constater une mise en situation assez particulière du malade hospitalisé. Elle résulte de ce que l'hospitalisation implique l'obligation de recevoir des soins. Nous mettrons l'accent sur certaines conséquences impliquées par l'hospitalisation.

L'hospitalisation du malade, son appartenance et sa participation à un groupe, (celui du pavillon, celui de la réunion) les effets thérapeutiques qui en résultent, constituent trois temps et trois niveaux de l'évolution de son traitement.

Chacun de ces moments évolutifs est un état de seuil en deça et au-delà duquel les causes et les effets de deux seuils se mêlent.

Nous analyserons donc pas à pas :

- 1 - les causes qui déterminent chacun des trois niveaux;
- 2 - les effets déterminés par chacun d'eux;
- 3 - comment se combinent les causes et les effets.

Rappel de quelques aspects de l'hospitalisation.

L'obligation pour le malade de recevoir des soins décide de son hospitalisation. Celle-ci survient à un certain stade de l'histoire de la maladie du sujet et à un certain moment de sa biographie. Elle apporte une rupture dans le mode de vie du malade, dans son état et dans son histoire et devient un état de fait.

L'analyse de cet état de fait met en évidence une conversion du mode de la vie du malade en une vie de sujet hospitalisé. L'étude en sera reprise plus loin.

Enumérons-en les aspects :

- 1 - le rythme des journées passées à l'hôpital et qui s'ajoutent l'une à l'autre de sorte que la durée de l'hospitalisation devienne le temps du traitement.
- 2 - l'hospitalisation se caractérise aussi par la vie en communauté d'un sujet que l'on a extrait de sa vie sociale ou de sa solitude pour l'intégrer à la population des personnes malades ou non du pavillon d'hôpital.
- 3 - c'est à l'hôpital que les manifestations de la pathologie s'expriment le mieux aux yeux de chacun. Et chacun a son lot et se trouve responsable de ce qu'il provoque et de ce qu'il supporte et qui le touche.
- 4 - le vécu du pavillon, vécu hospitalier, constitué par l'ensemble des relations interindividuelles des personnes mises en présence, se tissent ainsi au rythme des jours dans la vie de la communauté.
- 5 - c'est à partir de cette communauté que s'établit la relation de sujet à sujet. De cette relation naît le champ de la thérapeutique, relation définissant un soigné et un soignant. Ce qui ne préjuge pas de la distribution des rôles.
- 6 - dans l'optique d'un sujet donné, ces aspects de l'hospitalisation se combinent en un temps vécu, celui de sa relation à l'autre et à son statut d'hospitalisé.

CHAPITRE I

Rythme quotidien et temps du traitement.

L'état d'un malade et la façon dont la journée se présente à lui est essentiel pour celui qui, responsable de la prise en charge éprouve la nécessité de s'enquérir de son état jour après jour, au rythme des jours et sans en omettre. Cette nécessité paraît encore plus évidente quand on sait comme d'un jour à l'autre, les manifestations de la pathologie mentale sont fluctuantes et combien il importe de préserver l'inattendu et l'imprévisible pour le prévenir ou pour lui permettre de survivre.

Dans cette perspective, les instants où un malade hospitalisé aborde sa journée et la manière dont il le fait prennent un grand intérêt, du fait de la variabilité déroutante.

Cette observation revêt d'un privilège l'instant vécu ; l'état, la symptomatologie de l'instant l'emportent sur la transmission de notions antérieures.

Cela nous conduit à prendre en considération davantage au jour le jour et de préférence le vécu immédiat du malade et le mode de sa relation à la personne présente, plutôt que ce qui est survenu antérieurement avec un autre ou avec soi.

Dans cette perspective on mesure l'importance des relations établies au cours des premiers instants de la journée, disons l'importance de la première rencontre du malade, les modalités de cette rencontre, de l'ordre des personnes rencontrées.

Les habitudes hospitalières font que l'infirmière est la première personne rencontrée par un malade. D'une part le médecin ne représente que la seconde personne rencontrée par le malade et l'infirmière ; d'autre part l'ordre dans lequel ils rencontrent ces deux personnes n'est pas indifférent à son approche du malade et à l'attitude de celui-ci. A ce sujet nous avons exposé dans le chapitre consacré à l'étude de l'heure de début de la réunion, les trois expériences successives selon lesquelles en tant qu'interne du pavillon je rencontrais les malades le matin.

Dans un premier temps notre réunion d'équipe avait lieu chaque jour à l'arrivée du médecin, dans le but d'échanger des informations. Elle était suivie par la réunion des malades. Dans un deuxième temps, le médecin assistait dès son arrivée à la réunion des malades. Puisque la réunion d'équipe avait été purement et simplement supprimée.

Dans un troisième temps avant la réunion, le médecin avait pris contact à son arrivée avec les différentes personnes du pavillon, malades et soignantes, au niveau des unités de soins par exemple ou dans les chambres. La caractéristique de ces échanges était le fait qu'ils n'étaient pas structurés et que cette période d'activité précédant la réunion des malades était de courte durée, trente minutes environ. Nous rappellerons ici l'histoire de ces trois temps car c'est l'étude de ce qui les a déterminés qui nous intéresse. Au cours de chacune de ces trois périodes, on peut donc constater que l'identité de la première personne rencontrée et l'ordre des rencontres ont varié.

Au cours du premier changement survenu entre la première et la deuxième période, et du deuxième changement d'horaire entre la deuxième et la troisième, les déterminations de ces changements n'ont pas été du même ordre. Lorsqu'il s'est agi de supprimer la réunion d'équipe matinale, peu après le commencement des réunions quotidiennes c'est à la suite d'une prise de conscience raisonnée, voire d'une rationalisation, que cette décision délibérée fut prise ; réunir malades, infirmières et médecins devant une même réalité, celle quotidienne du pavillon.

Par contre lorsque le troisième type d'horaire se fût imposé, c'est-à-dire une demi-heure plus tard, l'équipe s'est appuyée sur le prétexte du travail infirmier qui ne pouvait se terminer aussi tôt : nous y voyons la poussée d'une réalité pratique qui s'institutionnalise et qui influe sur le mode des rencontres des trois tenants de la relation thérapeutique hospitalière.

Pendant cette demi-heure précédant la réunion des malades, le médecin rencontrait simultanément l'infirmière et/

ou le malade ; ce type de rencontre non défini et non structuré s'oppose au rituel de la réunion qui allait suivre.

Il s'agit effectivement d'un rituel institué et impliqué par le principe de la correspondance entre le rythme quotidien des réunions répondant au rythme des jours du temps d'hospitalisation.

Il y a là un danger, au delà du bénéfice défini. Il survient lorsqu'à l'apparent désir des malades répondent en écho et de façon plus ou moins strictement symétrique, des attitudes des soignants, entraînés du fait des mécanismes psychotiques et dont le résultat est que la situation se fige de plus en plus, pour parvenir à ce qu'il est convenu d'appeler la chronicisation hospitalière. La remise en question de la relation soigné-soignant permise par la réunion de malades, a justement pour but de rompre ce processus. Mais en fait il semble qu'un autre facteur entre en jeu.

A ce rituel s'oppose, comme en un couple de forces antagonistes, une série de ruptures de rythme que nous décrivons à présent.

Nous n'en prendrons que trois types.

- 1) la rupture du rythme de la réunion par les allées et venues des entrées et des sorties des malades.
- 2) la rupture de continuité qui résulte de l'alternance des deux équipes d'infirmières.
- 3) la rupture dans l'évolution du groupe global qui a été décrite, et qui est le fait des groupes qui se font et se défont à l'occasion de chacun des moments féconds de l'évolution du groupe pavillonnaire.

1 - Au cours de la première partie, nous avons mis l'accent sur le fonctionnement en groupe ouvert et sur le rôle de l'entrant, du nouvel arrivé au groupe. Il semble que au delà du handicap, le blocage qu'entraîne son intrusion, la remise en question du groupe que provoque son arrivée soit bénéfique pour le groupe.

2 - Le rôle des soignants que nous avons appelés non-permanents a de même un effet de rupture de rythme sur le cours des réunions. Ce sont les infirmières et le médecin chef dont le temps de présence se distingue de celui des responsables d'infirmières, des monitrices, et de l'interne qui sont permanents. La réintroduction régulière de ces soignants non-permanents a un effet de remise en cause régulière qui joue à leur reprise de service comme une reprise du sens de leurs relations aux soignés.

3 - Quant au phénomène périodique que nous avons observé au cours de l'année d'évolution de ce groupe, il correspond aux éclatements successifs des groupes qui murissent et se défont.

Le mécanisme responsable en est la sortie du malade de l'hôpital. Cela s'est produit très nettement à chaque sortie d'une malade ayant beaucoup investi le groupe psychothérapique, il apparaissait qu'elle s'arrachait à une communauté.

Cette sortie structurant et sondant le groupe en face du sortant exactement comme le nouveau l'avait fait.

Il semble que cette rupture du rythme des réunions provoquée par la sortie de l'hôpital soit particulièrement importante afin que la communauté hospitalière ne devienne pas une installation du malade à l'hôpital.

CHAPITRE II

Malade hospitalisé : Sujet impliqué, sujet concerné.

Comme tel, le malade hospitalisé est impliqué et concerné. Ce qu'il est, ce qu'il fait l'implique ; ce qu'est et ce que fait l'autre le concerne. Mais il acquiert successivement ces deux qualités, et alternativement dans une relation couplée, soit avec l'autre, un soignant ou un autre malade, soit avec le groupe de la réunion.

A.- Comment s'est faite l'implication d'un malade dans le groupe de discussion et ce, par sa pathologie ?

Dès son arrivée, il est investi par les membres du groupe et il peut investir les membres du groupe.

Les avantages de faire participer un malade mental dès son admission à l'hôpital à un groupe thérapeutique fonctionnant déjà, sont discutés par Pratt S. et De Lange W.(31)

Ils insistent sur la valeur de ce mode d'approche qui diminue chez le malade l'anxiété provoquée par l'hospitalisation.

Si pour les témoins, le fait d'être hospitalisé sous-entend le fait d'être malade, cette corrélation hypothétique n'apparaît clairement que lorsqu'elle est formulée à l'intention du groupe qui en prend acte. Et parce qu'elle constitue actuellement pendant la réunion la matière des échanges entre l'intéressé impliqué et la population des malades et des soignants réunis.

Mais un malade donné est impliqué seulement grâce à l'existence d'un interlocuteur, l'autre ou le groupe. La matière et les modalités de ces échanges sont de divers ordres :

- un malade est impliqué par l'existence d'une relation à l'autre, toutes les autres personnes du pavillon.
- il l'est par sa façon d'être et d'agir au pavillon
- il l'est par ce qu'il exprime pendant la réunion
- il l'est par la narration de sa biographie et de l'histoire de sa maladie.

C.KOLE, ROBERT S.Daniels, (17)

Le but de la communauté thérapeutique est de permettre au malade d'exprimer son anxiété, sa rage, son désespoir, sa culpabilité ou sa honte dans une atmosphère d'intérêt général pour les sentiments des gens. Au fur et à mesure que le malade fait cela, il se trouve en train de devenir membre d'une expérience émotionnelle collective qui est totalement différente de l'abandon et l'isolement auxquels il était habitué. Il prend part à de nombreux contacts quelques uns fort gratifiants. Avec l'intérêt qui est porté à lui-même et à ce qu'il ressent, son amour propre s'accroît.

De plus, le malade apprend à se connaître, - la façon dont il affecte les autres, aussi bien que la façon dont les autres l'affectent. Ceci lui permet d'augmenter son contrôle de lui-même et de son environnement. Il n'a plus besoin d'être la victime perdue de ses sentiments et de ses réactions. Pour arriver à ce but, on attire constamment l'attention du malade sur sa responsabilité en tant que membre du groupe, et il participe à toutes les décisions administratives qui doivent être faites quant au groupe et quant à lui-même.

Cette mise en cause, du malade et de sa pathologie propre, peut se faire en gros de deux manières selon que cette pathologie est visible ou qu'elle passe par la parole... Dans le premier cas c'est le "secret de Polichinelle", vécu, connu de tout le monde qui va cependant passer par la parole, soit présenté par la malade, soit présenté par un tiers, soit pressenti par le groupe total.

Dans le second cas, la livraison de cette pathologie passe exclusivement par la parole - son vécu n'étant pas connu du groupe - soit à l'instigation d'un tiers, un soignant le plus souvent, ou un malade, soit par l'initiative du sujet lui-même qui peut le faire de façon incontrôlée et involontaire, ou au contraire de façon consciente et voulue.

Il est souhaitable de prendre des exemples typiques de situations pathologiques individuelles telles qu'elles sont apparues à la réunion des malades, au cours de l'évolution durant l'hospitalisation, pour mesurer :

- comment le malade intéressé s'y trouve impliqué
- combien le groupe témoin peut prendre connaissance et conscience de la réalité de cette pathologie, de son sens, et du rôle éventuel qu'il peut jouer.

Mademoiselle A. : mutisme presque complet, visiblement par réticence et par perception délirante de la communication avec autrui. Ce mutisme apparaît à toute personne du pavillon tout au long de la journée et pendant la réunion à laquelle la malade se rend cependant. L'intérêt du groupe est centré sur les témoignages que chacun apporte lorsqu'il est parvenu à parler à Melle A. La réticence de la malade apparaît nettement, les bribes de conversation sont désadaptées et entraînent étonnement, incompréhension, mais le respect du groupe. Quelques explications sont proposées par des malades et des soignants quant à l'origine de ce mutisme.

Madame C. mutisme total, malade déambulant, composante anxieuse, d'origine discutée et incertaine. Au cours de quelques mois d'évolution trois phases nettes : acquisition de la stabilité, puis augmentation des échanges à l'occasion de la vie quotidienne, repas, atelier, services rendus. Puis établissement des échanges verbaux sur le mode du dialogue seulement.

Pendant cette évolution de quelques mois chacune des trois phases est régulièrement commentée par le groupe en présence de la malade mutique : d'abord signification de l'instabilité anxieuse, ensuite signification des échanges matériels en place des échanges verbaux, enfin, signification des échanges verbaux individuels apportés en témoignage par les membres du groupe, enfin tentative du groupe d'intégrer la malade aux discussions.

Madame P., alcoolique, refuse d'intervenir et de participer aux échanges, assiste cependant aux réunions- établit de nombreuses amitiés - aucun épisode éthylique dans les premières semaines d'hospitalisation. A l'occasion du passage de chambre en dortoir exprime son anxiété à l'égard de la maladie mentale, refuse ce qu'on lui demande et sort contre avis médical. Deux jours plus tard accepte de reprendre l'hospitalisation ; mais l'entrée en état d'ivresse est mouvementée - contrainte physique à laquelle participent les infirmières et les malades les plus proches de Mme P. Incident repris le lendemain, tout le monde y pense et souhaite en parler. Cette première ivresse depuis l'entrée à l'hôpital qui l'amène à se présenter au groupe et à parler de sa pathologie s'est faite sur le mode du passage à l'acte permis par l'état d'ivresse.

Melle J. épisode aigu de dépersonnalisation, d'agitation anxieuse, de perception délirante de l'entourage, troubles du comportement, dispersion de l'agressivité, très grande instabilité thymique, violences verbales plus que physiques chez une malade de stature imposante. Toutes les malades du pavillon, tout l'hôpital, tous les soignants de l'hôpital, sont recherchés par la malade et mis en demeure de répondre à ses invectives. Seule la prise en charge collective du pavillon permet de préparer puis d'instituer une cure de sommeil difficile et seulement au bout de quatre jours pénibles. Cette prise en charge collective revêt un double aspect. Auprès des malades, obligation de faire s'affronter pendant deux réunions le groupe des malades terrorisés et inhibés par Melle J. qui découvre, alors, les effets de son comportement qu'elle ne soupçonnait pas. A cet instant, et pour un court moment, retrouve un calme complet. Au niveau de l'équipe soignante, articulation beaucoup plus difficile quant à la coordination et à la transmission de la prise en charge de Melle J.

Mademoiselle B. souffre d'hallucinations cénesthésiques douloureuses. Elle exprime de façon délirante et persécutive l'origine de ses douleurs causées par M.X. La signification sexuelle est tellement évidente qu'elle s'entend dire

par une malade témoin : "cochonne". Ce n'est que trois ou quatre réunions plus tard que la biographie de la malade est exposée par elle-même et que la corrélation et la signification de ce comportement délirant sont appréhendées par le groupe.

Madame G., personne de bon niveau, d'un bon contact quoique réservée, personnalité attachante, délirant à bas bruit, réticence absolue à ce sujet ayant nécessité le placement d'office. Pendant les discussions attitude réservée, exprimant la prudence et de gros efforts de contrôle de soi et du dialogue lorsqu'elle y est impliquée malgré elle, ce que tentera de faire l'équipe soignante.

Après cinq semaines de réticence absolue quant à sa pathologie, un beau matin, alors qu'elle n'y est pas invitée, compare ce qu'était sa vision délirante des choses et dit comprendre ainsi l'expression délirante d'une malade sur la science occulte.

B.- Comment un malade témoin et le groupe témoin sont-ils concernés par le sens de la pathologie ?

Lorsque de tels "morceaux de pathologie" se déversent ainsi dans la réunion des malades, ce que nous favorisons,

- l'écoute est intense, l'attention est soutenue, l'intérêt porté, manifeste, les questions sont pressantes à l'égard du malade qui, par ses symptômes, son comportement, son langage, sa biographie, provoque dans le groupe l'effort de compréhension des langages hermétiques ou désadaptés, l'observation des symptômes pathologiques, le partage de la recherche du sens, la recherche des causes et des mécanismes de la maladie.

Il s'agit donc pour le groupe témoin qu'il devienne concerné au delà, et non seulement par la manifestation pathologique, mais encore par la signification de celle-ci.

(5) R.BATTEGAY constate que des malades qui ont précédemment vécu ensemble dans le service sans aucune relation commencent à communiquer l'un avec l'autre à l'intérieur du groupe thérapeutique. Ils sont arrachés à leur introspection et à leur isolement et attirés vers l'extraversion et la participation. La thérapeutique de groupe transforme la foule non communicante en une communauté sensibilisée aux échanges.

A propos d'une expression délirante, le clivage est particulièrement net entre l'intéressé et le reste du groupe - clivage entre le malade qui est démuní du sens de son délire alors que les interlocuteurs le perçoivent. Privilège dont deviennent conscientes les interlocuteurs : ils découvrent que le délirant ne sait pas et ne comprend pas ce que le groupe d'interlocuteurs perçoit - perception de l'expression délirante si ce n'est de son contenu.

Enfin, découverte fondamentale faite par le groupe, il arrive que le malade soit "guéri" pendant le temps où il parle. Dans ces moments le groupe se sent amené à prendre en charge une expression pathologique, ou le malade.

Ce moment est privilégié où tout le groupe, sauf celui qui parle, découvre quelque chose qui est encore interdit à celui qui s'exprime.

"Elle ne peut pas encore comprendre" "Elle ne se rend pas compte" "Il faut attendre qu'elle soit mieux".

Le groupe témoin, alors a dépassé son angoisse devant la maladie, et assume un rôle normatif voire soignant et cette attitude s'oppose à la réaction première: "Elle est plus malade que moi". En se défendant contre sa propre angoisse qui est : "Je n'ai rien à y voir, ça ne me concerne pas" et qui naît de la peur d'être avec d'autres malades.

On peut presque dire, alors, qu'il importe peu au groupe qui écoute de comprendre et d'accepter quelque chose d'aberrant ou de la refuser et d'être démunie de toute réponse. On peut, cependant, opposer les situations où un groupe peut supporter un comportement pathologique, écouter un délire, comprendre le sens d'un symptôme, aux situations intolérables d'un langage désadapté, d'un comportement trop fou, et de l'expression délirante totalement irrationnelle.

Selon les cas, la tolérance et l'écoute du groupe ne va pas au delà d'un certain seuil dont les limites sont déterminées par la perte complète du sens de la pathologie exprimée. Alors, des sentiments d'agression s'expriment.

Un autre critère qui donne les limites de la tolérance du groupe et de son sentiment d'être concerné par le sens de la pathologie voit s'opposer ce qui est incompréhensible et passe par la parole et ce qui est visible et passe par la réalité; Il nous a semblé que le groupe qui écoutait et observait, acceptait davantage le symptôme hystérique et la souffrance et l'angoisse qui l'accompagnent que l'expression délirante - le premier entraîne compassion et questions, le second rencontre souvent le silence hostile ; de même le groupe tolère moins facilement un langage désadapté et hermétique, qui le rend anxieux, que le trouble du comportement, même majeur, tel que l'agression

ou l'état d'excitation psycho-motrice. La tolérance à propos du second cas devient nulle dans le premier cas.

Par là le groupe ne montre-t-il pas que devant le symptôme réel ou le trouble du comportement il répond par l'usage de la parole, alors que lorsque l'usage de celle-ci est faussé, comme dans le cas du délire ou du langage hermétique, le groupe se trouve démuní, anxieux et intolérant ?

C.- Temps actif de la recherche du sens de la manifestation pathologique.

Si l'on admet qu'un membre du groupe est concerné par le vécu d'un quelconque malade du pavillon et même par le sens de l'expression pathologique qui lui est proposé, la démarche de sa venue à la réunion nécessite une analyse des tenants et aboutissants.

Au-delà de l'intérêt porté à la personne, souffrante et malade que cache l'expression pathologique, l'assistant d'une réunion fait une démarche de recherche de l'échange et de quête du sens. Mais cette démarche est-elle le fait de la simple recherche de rencontres et d'échanges, ou est-elle une démarche du malade à la quête de son traitement ?

Lorsque le témoin à l'écoute se croit concerné par le vécu de l'autre, n'est-ce pas de lui-même qu'il s'agit ? Lorsqu'il perçoit le sens de ce vécu, ne comprend-il pas quelque chose le concernant lui ? Lorsqu'il croit répondre par son témoignage, sa personne, sa parole, n'apporte-t-il pas à lui-même une réponse ?

N'est-ce pas un mécanisme d'identification projective qui joue ? Ne comprend-il pas alors, lorsqu'il et parce qu'il n'est pas impliqué à propos du malade et du problème en cause, un mécanisme le concernant ? Ne s'applique-t-il pas à lui-même le sens qu'il perçoit en tant que membre du groupe à l'écoute de ce malade concerné ?

Ainsi un sujet participant au groupe de la réunion peut se trouver impliqué selon deux mécanismes :

- soit directement par ce qu'il livre de lui-même, ou par sa façon d'être ou par ce qu'il dit.
- soit parce que concerné par l'autre, il devient impliqué lui-même par un mécanisme d'identification projective.

Ce mécanisme de symétrie fait du sujet concerné l'image du sujet impliqué.

CHAPITRE III

Relation de groupe.

La relation dialectique sujet impliqué tiers concerné, dans le cadre de la réunion de malades, se complète et se transforme.

- Elle se transforme :

Cette relation entre un sujet et l'autre de duelle devient relation de groupe.

Cette transmutation ou ce déplacement se fait selon plusieurs modalités, dont nous retiendrons trois types.

- Elle se complète :

La réunion de malades est devenue un moment et un lieu de l'établissement du dialogue et de l'échange entre un malade et un membre donné du groupe malade ou soignant.

Un moment particulier tel que le repas, le coucher ou la prise de médicaments, c'est-à-dire un moment de l'hospitalisation répété quotidiennement, spécifique.

Spécifique, car c'est un temps de rencontre qui se démarque des autres modes de rencontre entre malades et entre malades et soignants, et car c'est un lieu de rencontre consacré et ritualisé.

Les manifestations de la pathologie, leur expression et leur sens sont donc devenus l'objet de la réunion de malades. La réunion représente ainsi une nouvelle façon d'aborder la pathologie pour le malade et son soignant.

Elle s'est ajoutée aux deux modes d'expression de la pathologie qui sont :

- d'une part la façon dont elle envahit la vie du malade, avec ses symptômes, ses complications du comportement et des relations et leur détérioration, que ce soit dans le milieu socio-familial ou dans l'enceinte prévue, l'hôpital;

- d'autre part, le dialogue singulier du malade et de son soignant, qui avait le privilège de son approche.

Nous analyserons à présent trois modalités de déplacement de la relation duelle transmutée en relation de groupe.

- A. - D'abord le déplacement de la relation duelle
- B. - Ensuite le déplacement de la relation établie dans un groupe naturel, vers le groupe de la réunion
- C. - Enfin l'établissement de la relation à l'intérieur du groupe
- D. - Le rôle de la médiation entre l'émetteur et le récepteur du message.

A. - A l'intérieur de ce groupe de la réunion, à propos d'un malade.

La question se pose de rechercher comment se fait le déplacement du dialogue singulier vers la situation de groupe où il retrouve son interlocuteur rencontré précédemment au dialogue singulier, ou en relation duelle, tout au cours de la journée, à travers la vie du pavillon.

En effet, :

- Nous avons observé la mise à l'épreuve des relations duelles intenses par la situation de groupe.

Par son appartenance au groupe, on propose au malade :

- une perception différente et nouvelle de l'existence de l'autre,
- une recherche du sens de sa relation à l'autre,
- une mise en situation de lui-même en fonction de l'autre et aussi des autres présents.

Par exemple une schizophrène pour qui les problèmes de contact sont aigus, ne pouvait s'adresser à une autre malade que pendant la réunion, mais elle le faisait alors de façon insistante, provocante même, en chargeant d'importance un détail infime : "Vous m'avez dit bonjour hier - pourquoi? " - "Vous m'avez offert une tasse de tilleul" - "Vous m'avez passé le pain".

Un autre exemple est fourni dans le cas de la relation très intense d'une malade avec une infirmière ou un médecin, ou une monitrice, qui découvre en situation de groupe un nouvel abord de ce soignant avec des limites qui sont nouvelles, mais de nouvelles et parfois plus grandes possibilités et des difficultés considérables.

B. - Rapports entre la situation du malade dans un groupe spontané ou naturel et sa situation en réunion de malades.

Des ensembles de personnes se constituent en groupes réels tout au long de la journée :

- groupe de l'atelier
- groupe des personnes d'un dortoir
- groupe des repas à la salle à manger
- etc....

Une personne donnée de ces groupes réels appartient d'autre part au groupe de la réunion de malades.

Il lui est ainsi possible de faire le rapport entre la façon dont elle rencontre et perçoit l'autre au niveau du groupe réel et au niveau de la réunion de pavillon.

La question se pose à nous de l'utilisation possible de cette dualité par les soignants et du maniement de son sens.

C. - Avec l'analyse des directions des échanges établis pendant la réunion et du taux des échanges (1ère partie, Chapitre III). nous avons déjà abordé l'étude de ce type de relation établie par un membre du groupe.

La prise de parole, l'intervention qui survient spontanément, qui n'est pas déterminée par le choix d'un destinataire, si elle n'est pas orientée sur un seul par un mécanisme d'annulation du reste du groupe, et si elle ne se déforme pas en monologue autistique, si elle veut s'inscrire dans un dialogue, concerne alors, nous l'avons vu, par son contenu et par cette façon de s'établir, un certain nombre de participants.

Une description très fine pourrait considérer le rôle de plusieurs paramètres et leurs combinaisons :

- a) - les circonstances de la prise de parole,
 - les motivations du sujet,
 - son état symptomatique de l'instant,
 - sa tendance à s'adresser "à tout le monde" ou au contraire à chercher "un support" en s'orientant vers le leader le plus souvent, ou vers son voisin.
- b) - la nature du contenu de son information
 - banal, général, personnel ou collectif
 - chargé affectivement, crucial.

- c) - l'ambiance générale du groupe au moment de la prise de parole.
- la qualité de l'écoute des assistants.
 - les réactions entraînées.
 - les interlocuteurs se révélant concernés.
 - les réponses obtenues, d'un seul interlocuteur, l'intervention se transformant en dialogue ; de plusieurs interlocuteurs, l'intervention provoquant une discussion générale;
 - le niveau de discussion poursuivie.

D. - La médiation.

Les questions posées par la relation d'un individu à l'autre, les problèmes posés par le déplacement de cette relation duelle en situation de groupe, nous ont mené directement à la recherche :

- à la recherche des effets, de la mise en situation de groupe sur les échanges d'un malade.

Quels sont les effets de la situation de groupe sur les échanges d'un malade à l'émission et à la perception.

Nous avons pu relever des observations mettant en évidence les effets de la situation de groupe sur les deux temps de la transmission d'un message, à savoir au moment et au niveau de l'émission, l'effet de la situation de groupe sur le malade qui s'exprime au moment et au niveau de la perception, l'effet de la situation de groupe sur le malade qui écoute, qui perçoit le sens d'un message.

Au niveau de l'émetteur, l'expression est potentialisée, comme facilitée par la présence de 20 personnes à l'écoute. Et celle-ci même si elle n'entraîne pas le passage à l'acte de la prise de parole, met le malade dans un état de tension.

L'action d'intensification et l'effet "tampon" du groupe thérapeutique sur l'affect a pour résultat de faire sortir une émotion depuis longtemps refoulée dans un milieu compréhensif ou rendue inoffensive dans le contexte thérapeutique.

Si cet état de tension n'est pas résolu par la prise de parole en groupe, elle peut être reprise au cours de la journée, avec un soignant ou un malade, dans un dialogue qui se situe donc en référence à la réunion du matin.

Au niveau du récepteur du message, du fait de la répartition homogène possible de l'écoute du matériel livré, entre tous les membres du groupe, et alors que le message est apparemment destiné à une personne définie, un malade témoin, non impliqué, à l'écoute, peut percevoir des significations qui n'étaient en principe dévolues qu'aux deux titulaires du dialogue.

Il s'agit alors d'un décalage, presque constant et systématique, entre le groupe qui comprend et l'intéressé qui ne comprend pas :

- entre l'intéressé, inaccessible à une signification, à une interprétation,

- et le groupe, témoin non impliqué à l'écoute, qui perçoit quelque chose qui ne le concerne pas dans l'instant et parce que le message ne lui est pas spécifiquement destiné.

Entre cette perception extemporanée au temps T 1, faite par le groupe, témoin non impliqué à l'instant de l'émission du message - interprétation, signification - et la perception du sens, au temps T 2 par l'intéressé concerné mais inaccessible à l'instant de l'émission du message, se situe par ce décalage dans le temps, une période de temps pendant laquelle le groupe va porter et garder le sens du message.

Ce rôle de messenger, de médiateur, peut être schématiquement assuré de quatre manières :

- a) Pendant la réunion, soit par les soignants, soit par les malades
- b) En dehors de la réunion, soit par les soignants, soit par les malades.

A.) Pendant la réunion

Le rôle de médiation du groupe témoin d'un dialogue

1°) Peut être joué par les soignants

Deux grandes psychotiques, vivent de façon délirante la communication avec autrui, amorcent un dialogue, qui est vite rompu par l'angoisse respective par la tension et par l'agressivité. Deux soignants reprennent, immédiatement et simultanément le relai des échanges avec chacune des deux psychotiques qui se détournent alors vers eux et orientent leurs échanges comme vers deux pôles. Peu après le dialogue reprend entre les deux malades et la détente s'installe entre elles.

Un second type d'exemple est la situation fréquente qui résulte des revendications de dialogue à l'adresse du leader, de la part de deux malades qui l'ont rompu entre elles deux.

2° Outre les soignants

Le rôle de médiation est souvent joué extemporanément par les malades autres que le couple concerné par l'échange en question :

- soit du fait de l'écouté, considérée plus haut, à laquelle mène la situation du groupe
- soit par identification au rôle tenu par les soignants

B.) En dehors de la réunion

La médiation dont il est question s'étale dans le temps de l'hospitalisation. Rôle important joué par le groupe pavillonnaire qui conserve, porte, nuance, infléchit, modifie les messages émis pendant la réunion. C'est alors que la révélation du sens n'a pu jouer pendant la réunion, le malade intéressé restant inaccessible au sens que le groupe veut lui communiquer, Par exemple, dans le cas d'un délirant gardant son langage et ses phantasmes ; ou d'un comportement d'annulation perçu par le groupe et inaccessible et pour cause, à l'intéressé.

Là encore, considérons d'abord le rôle de médiation joué par les soignants, ensuite par les malades.

1) Les soignants ont la possibilité, par d'autres formes de prise en charge, de faire une reprise de contact :

- soit au cours de la réunion, et en dialogue singulier, par une infirmière dans un box, par une monitrice à l'atelier, par un médecin au cours d'un entretien, soit à visée institutionnelle, soit à visée psychothérapique.
- Reprise du contact, à propos d'un évènement de la journée,
- Reprise au cours d'une réunion ultérieure,
- Reprise enfin par la rencontre du malade et de l'équipe totale.

2) Quant au rôle éventuel de médiation joué par les malades, ne peut-on pas en parler, lorsqu'il y a un aménagement des réactions du groupe à l'égard du malade problème ? Puisque les malades après avoir abordé, du fait de la réunion, le problème individuel d'un délirant ou d'un trouble du comportement, se sentent autorisés à restituer à l'intéressé son témoignage.

CHAPITRE IV

Histoire vécue du sujet, vécu de l'hospitalisation, vécu de la réunion

C'est du rapport de deux situations que naissent les effets thérapeutiques, comme l'indique l'intuition et d'une manière évidente la connaissance des techniques psychothérapeutiques.

Il nous faut démontrer le mécanisme de cette mise en situation particulière du patient que représente pour lui le fait de l'hospitalisation, de sorte que l'obligation à recevoir des soins devienne un parti pris thérapeutique.

La situation actuelle et la situation passée :

Tandis que la situation actuelle correspond à un certain état morbide, à une relation transférentielle, au vécu du malade hospitalisé et au vécu de la réunion des malades, la situation passée comprend l'histoire de la maladie et les types de comportement du sujet, son mode pathologique de relation aux autres, sa biographie globale, et les situations archaïques, celles de son enfance et celles de sa maturation.

Ces types de situation se trouvent télescopés par l'hospitalisation, mais dans l'optique du malade, ils se répartissent sur trois axes qui sont :

a) Le vécu hospitalier, c'est-à-dire l'ensemble des situations vécues à l'hôpital avec les relations duelles et interindividuelles des groupes naturels.

b) Son histoire vécue du sujet, comprenant l'histoire de sa maladie et sa biographie.

c) Le vécu particulier de la réunion des malades, groupe structuré par sa finalité : la thérapeutique des états pathologiques.

Prenons à présent la mesure de la résultante de deux de ces trois axes : les trois types de rapports établis produisent des effets psychothérapeutiques spécifiques.

A. - Vécu de l'hospitalisation et histoire vécue du sujet.

L'entrée du malade à l'hôpital correspond à une reconversion de son mode de vie habituel en un mode de vie nouveau, celui d'hospitalisé. Son système de références se dédouble et à partir de là, comme en une double vie, s'opposent pour lui deux époques auxquelles il est fait allusion tout au long de son séjour hospitalier, par l'opposition entre : "dehors" et "ici à l'hôpital", "avant" et "maintenant", "quand je sortirai" et "mon hospitalisation", qui constituent chacune une relation binaire.

L'action thérapeutique réside dans le maniement, par les soignants, de cette relation binaire et dans la confrontation de ses termes.

Le malade découvre un type de réactions et de réponses à sa personne, à ses comportements et à sa façon d'être, qui sont d'un autre ordre que celles qu'il provoquait avant son hospitalisation. A sa souffrance, à son angoisse, à son agitation, à ses agressions, à ses peurs, à sa passivité et son inertie, ou son mutisme ou à son délire, répondent des actions qui se veulent soignantes.

L'agi des soignants en réponse à la demande inconsciente et informulée du malade, lui révèle une image de sa personne malade.

Le temps de l'hospitalisation met en évidence, au rythme des jours, et tout au long de la journée, la répétition des manifestations de la pathologie d'un malade, événements multiples qui s'éclairent les uns les autres et qui sont tels qu'en saisir un c'est les atteindre tous. Mais leur répétition même est déconcertante pour l'infirmière qui cohabite avec ces multiples petits faits, déconcertante parce que le sens qu'ils prennent pour elle, par leur confrontation, échappe bien sûr au malade.

Mais que ce soit la réponse agie des soignants, ou la compréhension incommunicable du sens que les soignants ont de la façon d'être du malade, nous savons que les effets thérapeu-

tiques deviennent perceptibles à un autre niveau ; au niveau de ce qui est parlé, de ce qui est interprété - lorsqu'on parvient à verbaliser ce qui est agi.

Parce que c'est du rapport de l'être malade au fait et à la situation d'hospitalisation qu'il faut "parler" : la solitude, les relations interpersonnelles, l'espace vécu.

La réunion des malades et de leurs soignants est le lieu et le moment où s'articulent l'histoire vécue du sujet et le vécu de l'hospitalisation qui par leur confrontation, ne renvoient plus seulement au sujet une réponse agie, mais placent le sujet dans une situation où il peut percevoir à son tour le sens de ses propres motivations.

B. - Vécu de l'hospitalisation et vécu de la réunion.

L'introduction de ce nouveau pôle de référence, la réunion des malades, dans le couple qui vient d'être décrit établit deux nouveaux rapports :

- le rapport du vécu du pavillon au vécu de la réunion
- le rapport de l'histoire vécue du sujet au vécu de la réunion.

Tentons à présent de pointer, si ce n'est de définir, quelques mécanismes des effets thérapeutiques qui résultent du rapport du vécu de la réunion au vécu de l'hospitalisation.

Le mécanisme qui lie au groupe un membre du groupe soit pendant la vie hospitalière soit pendant la réunion, a été analysé dans le chapitre "malade impliqué, malade concerné".

Il a pour effet que le phénomène pathologique est objective par le groupe concerné aux yeux du sujet impliqué. Cette mise en question permanente de la manifestation pathologique par la cohabitation communautaire d'une part, par l'intérêt qui lui est porté, et parce qu'elle est "parlée" au cours de la réunion d'autre part, rend sensible à chacun, on l'a vu, le phénomène pathologique qui ne peut par là échapper à un effet dynamique, sa mobilisation, voire sa prise de conscience par le

sujet ; celui-ci se trouvant par exemple frustré devant le groupe de son intentionalité d'expression pathologique, du fait que le groupe en percevant le sens du symptôme et refusant de l'accepter tel quel, a un effet réparateur de rectification du sujet amenant celui-ci à abandonner l'expression pathologique - qu'il s'agisse d'une formulation délirante, d'agressivité ou de la passivité mutique.

Il est évident que ce jeu entre le groupe et le sujet ne se conçoit que pendant un type de rencontre que permet la réunion de malades et ne se réalise que grâce à la matière commune au groupe et au sujet, leur vie communautaire d'hospitalisés.

On peut démontrer un autre mécanisme thérapeutique résultant de la quotidienneté des réunions en milieu hospitalier.

L'identité, l'automatisme de la répétition, caractéristique de la pathologie mentale, se présente et apparaît très clairement aux yeux du groupe. Au rythme des réunions, tel mécanisme d'identification projective d'un malade psychotique au cours d'un mécanisme de dépersonnalisation, ou telle annulation de son identité, va se singulariser devant le reste du groupe qui le prend en charge d'une toute autre manière, autre que celle des soignants qui y font face, ou du psychothérapeute qui en tente l'interprétation dans la relation transférentielle.

Mais d'une manière dont ne semblent justement pas disposer les soignants, comportant une attitude contestatoire et normative - le plus souvent mineure dans l'attitude soignante - et une permanence, une continuité d'action qui résulte de la vie communautaire qui n'atteignent même pas les soignants les plus longtemps présents, les infirmières.

C'est le moment de reprendre ici une particularité due aux rôles des soignants - le rapport du temps passé au pavillon auprès des malades avec le temps passé en réunion avec eux. Les interventions des soignants dans la réalité de la vie hospitalière s'opposent aux interprétations qui en sont faites. La distinction entre ce qui est agi et ce qui est parlé

pose moins le problème d'une distribution des rôles que celui de leurs changements pour un même soignant : médecin ou infirmière.

La réunion des malades, en même temps qu'elle en facilite le maniement, pose ce problème pour l'infirmière et pour le leader, qui doit aussi considérer la question de la confusion des rôles déjà vue plus haut.

C. - Histoire vécue du sujet et vécu de la réunion

Le rôle de système de référence joué par la réunion porte, nous venons de le voir, sur le vécu de l'hôpital mais aussi sur l'histoire vécue du sujet.

En effet l'histoire du sujet, l'histoire de sa maladie, sa biographie, son enfance, trouvent souvent dans la réunion le lieu de leur expression. Survient alors l'évocation du système préconscient du sujet, et une association est établie avec le déroulement des échanges de la réunion.

Lorsque le groupe se trouve concerné par ce qu'exprime un malade et qu'il prend en charge les manifestations, il prend aussi en charge la réponse et souvent une malade a perçu l'identité de son attitude, ou sa différence entre un événement biographique et son mode de relation à un participant du groupe.

Nous avons pu montrer à plusieurs reprises l'identité des situations vécues ; une malade motivait son silence à la réunion par le fait que telle ou telle autre malade prenait sans cesse le devant de la scène et ne lui laissait pas la parole ; en fait, en l'interrogeant il a été facile de lui montrer que son attitude n'était pas du tout, comme elle pensait le croire, en rapport avec la situation présente, mais tout à fait habituelle chez elle et dans le restant de sa vie.

De même, pour une autre malade qui, se disant affaiblie, persécutée par nos médicaments, par nos moyens thérapeutiques, par le fait que nous ne répondions pas à sa

demande apparente, a pu prendre conscience qu'il en était partout de même et que le problème se situait bien en elle.

Quelques interprétations rares, ont pu être même d'ordre historique, ainsi Melle B. qui nous exposait un jour son délire, complétait d'elle-même son histoire en nous racontant les faits marquants de sa biographie, a pu nous permettre de lui montrer l'articulation entre ses symptômes d'une part, et d'autre part l'éducation surmoïquement très lourde qu'elle avait reçue.

Pour BATTEGAY (5)

Dans la psychothérapie de groupe faite à l'intérieur d'un hôpital psychiatrique, il est possible d'observer et de traiter les malades dans le cadre d'une "~~micro~~-société", les atteignant ainsi de façon plus intense dans la dimension sociale.

BATTEGAY constate aussi que les malades se rendent compte que leurs réactions sont plus souvent en rapport avec l'histoire de leur propre vie plutôt qu'avec la situation immédiate. De cette manière, les membres du groupe peuvent arriver à dominer leur tendance à identifier le présent avec des situations de groupe appartenant au passé. On peut aussi observer des réactions qui ne peuvent être comprises ni en rapport avec les circonstances immédiates ni avec l'expérience passée.

Comme nous l'avons déjà rapporté précédemment, Kestenberg constate que le sujet en groupe tend à utiliser la reviviscence du passé vécu pour ce qu'elle apporte dans le hic et nunc et essaie de partir du présent pour trouver les voies de renoncement au passé insatisfaisant.

C H A P I T R E V

A partir de la constitution du centre d'intérêt, et en correspondance avec cette évolution, s'est dessiné un parti pris psychothérapique, où le malade s'est trouvé soit impliqué, soit concerné par la psychopathologie, mais dans le cadre d'une relation qui de duelle s'est transmutée en relation de groupe.

Les différents temps de cette démarche l'amènent à confronter trois vécus, le vécu de la réunion au vécu du pavillon au vécu de sa biographie et de l'histoire de sa maladie.

Le fait de l'hospitalisation devenant parti-pris psychothérapique

Nous avons vu à propos de l'hypothèse d'obligation d'assistance à la réunion et à propos du reproche qu'en font les malades, qu'il s'agirait en fait de l'obligation impliquée par l'hospitalisation, le malade mis en face d'une contrainte de soins.

Si l'urgence et l'obligation des soins d'un malade mental et le fait de l'hospitalisation sont deux réalités impérieuses, la seconde ne sera une réponse à la première, que si deux ordres d'exigences de soins sont assurés.

1° - Plus la vie communautaire est riche et véritable, plus les tendances du malade à l'isolement, à la vie autistique, et à l'opposition seront mises en cause, contestées par le groupe auquel il appartient, parce qu'il ne peut se dérober à la vie communautaire qu'implique le fait de l'hospitalisation.

2° - Il s'agit de donner son sens à cette réalité. C'est en effet la signification de la façon dont se situe le sujet par rapport à cette vie communautaire, dans sa relation à l'autre, qui est opérante et psychothérapique. Mais autant il est laborieux de motiver un malade pour entreprendre cette démarche et pour le déterminer à une psychothérapie individuelle, autant la situation de groupe favorise et peut inciter le sujet à entreprendre ce mouvement - comme en témoigne la participation

quasi systématique des malades par leur présence, - si ce n'est par leurs échanges -

G.Lai et Al (18) concluent que l'association de la psychothérapie individuelle à la psychothérapie de groupe ajoute une dimension thérapeutique à l'approche des patients hospitalisés.

Ils constatent que l'utilité d'avoir sous la main les deux pôles de la bifocalisation, comme cela peut se réaliser dans l'association de la psychothérapie individuelle et de la psychothérapie de groupe, (lorsque les psychothérapeutes sont les mêmes) apparaît ici évidente : nous pouvons manipuler dans des cadres contrôlables une dichotomisation transférentielle qui existe toujours dans un milieu hospitalier, mais le plus souvent d'une manière libre et non contrôlée.

Les avantages de cette association s'inscrivent en outre dans une position théorique générale, qui devrait, selon Racamier, constituer la règle d'or dirigeant toute action thérapeutique ; c'est agir en priorité sur les mécanismes et les causes les plus immédiatement opérantes. "Si à un moment donné, l'impact exercé sur le moi du patient par la situation ambiante est plus déterminant que celui qu'exerce tel de ses conflits inconscients ou plutôt si celui-ci met trop son expression actuelle vivace dans les dites situations, alors il nous faut sans hésiter recourir à l'action socio-thérapeutique, sans préjudice bien entendu de tout autre thérapeutique nécessaire" (P.C.Racamier 1963).

La réunion quotidienne des malades serait aussi le lieu et le moment où s'exprime et se formule cette "obligation thérapeutique :

Une mise en situation inéluctable du malade avec d'autres par la réunion.

C O N C L U S I O N S

Conclure à la suite de ce compte-rendu d'expériences ne peut prétendre se poser en affirmation.

Certes un bilan provisoire peut-être déposé en quelques points.

La pratique quotidienne des réunions des malades d'un pavillon dont le nombre est ainsi délimité, est une modalité de leur prise en charge pendant le temps de leur hospitalisation.

Après avoir décrit la composition, le fonctionnement de ces groupes et leur évolution pendant une année, des problèmes pratiques et théoriques se posent à partir de cette analyse.

La participation du malade à un groupe qui se réunit tous les jours avec son équipe soignante trouve sa place dans le traitement global en relation avec le fait de l'hospitalisation, avec la psychothérapie individuelle et avec les effets de la chimiothérapie.

Il a fallu considérer aussi les effets de ces réunions sur la pratique des soignants; le retentissement consiste en un remaniement des rôles et des fonctions de chaque catégorie soignante ainsi que de la structure de l'équipe.

Le rôle de leader de groupe est dévolu au médecin. Ses interventions portent d'une part sur les échanges verbaux des participants de la réunion et d'autre part sur le contenu de la vie du pavillon lorsque celui-ci est mis en question par les participants.

Au-delà de ce bilan des perspectives se dessinent.

Que le groupe structuré du pavillon permette de faire face aux troubles du comportement et d'éviter l'extension en nappe de l'agitation importe moins que le sentiment du malade agité qui peut se trouver dans des conditions telles qu'il ne puisse pas être abandonné. Pour le sujet, cette thérapeutique

de l'abandon est une occasion de réinvestissement plus satisfaisante que la solution psychopathologique, délirer, s'agiter.

Nous avons constaté que les durées de séjour au pavillon sont de courte durée. Faire sortir le malade rapidement n'est pas un but en soi.

Mais l'investissement qu'il fait dans le groupe auquel il a appartenu joue un rôle de référence dès qu'il quitte le pavillon ; que ce soit pour une permission ou une sortie définitive de l'hôpital.

Plutôt que de considérer la psychothérapie de groupe à l'hôpital comme permettant un meilleur rendement, car effectivement comme le dit Battegay (5)

"Il est possible de toucher plus de malades en psychothérapie qu'en traitement individuel seul. Ceci signifie que, sans augmenter le personnel soignant actuel, beaucoup plus de malades peuvent avoir un minimum de psychothérapie".

Il importerait plutôt au responsable de l'institution de satisfaire à l'obligation de structurer en une communauté le rassemblement des individus auxquels est imposée l'hospitalisation - Or, de cette contrainte impérieuse pour le soignant hospitalier, naît la possibilité du maniement de la thérapeutique.-

Le terme de communauté thérapeutique, souvent rencontré dans la littérature actuelle, l'indique, de même que l'intérêt que portent les auteurs à la pratique de la psychothérapie de groupe à l'hôpital.

Quant aux inconvénients et aux aspects contestables de l'expérience décrite des réunions de malades, ils résultent des incertitudes et des imperfections liées aux perspectives elles-mêmes qui se sont dessinées.

Constatons seulement le nombre de problèmes posés par une demi heure de réunion quotidienne.

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

P. PICHOT

G. BROUET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- 1.-. ANZIEU (D) -Etude psychanalytique des groupes réels. Les temps Modernes . 242 :56, 1966
- 2.-. AYME (J) , RAPPARD (Ph) , TORRUBIA (H) . Thérapeutique institutionnelle E.M.C. , tome 3 : 37930 G 10
- 3.-. BARANDE (R) , DIATKINE (R) , LEBOVICI (S) , KESTEMBERG (E) , SIMON (J) Psychothérapies de groupe . E.M.C. , tome 3, 37817 A10
- 4.-. BATTEGAY (R) -La psychothérapie de groupe en clinique psychiatrique . in Pratique de la psychothérapie de groupe . P.U.F. 1965
- 5.-. BATTEGAY (R) - Group psychotherapy and the psychiatric hospital. Internat. J. Group Psychother. , U.S.A. 16;III, 1966
- 6.-. BEQUART (P) -La relation thérapeutique . Inform. Psychiatr. 2, 1965
- 7.-. BION (W.R.) -Recherches sur les petits groupes. P.U.F. 1965
- 8.-. FOULKES (S.H.) -Einige Grundbegriffe der Gruppen-Psychotherapie. Z. Psychother. med. Psychol. Dtsch., 15, III, 1965
- 9.-. FOULKES (S.H.) , ANTHONY -Group Psychotherapy. Penguin Books, 1957
- 10.- FREUD (S) -Psychologie collective et analyse du moi - in Essais de Psychanalyse . Payot
- 11.- GENEVARD (G) -Différences et analogies entre les groupes psychothérapiques et les groupes de discussion. in Pratique de la psychothérapie de groupe. P.U.F. 1965
- 12.- GLAZER (T) -Practice of group psychotherapy based on classical psychoanalytic concepts. Amer. J. Orthopsych. 34, II, 1964
- 13.- HORWITZ (L) -Transference in training groups and therapy groups. Internat. J. Group Psychother. U.S.A.; 14 no 12, 1964
- 14.- JONES (M) -The Therapeutic Community. N.Y. 1953
- 15.- KAPLAN (S) , ROMAN (M) -A Reflection on Group Processes. Intern. J. of Group Psychother. XI, 4, 1961
- 16.- KESTEMBERG (J) , DECOBERT (S) -Approche psychanalytique pour la compréhension de la dynamique des groupes thérapeutiques. Rev. Fr. Psychanal. 28, no 3, 1964
- 17.- KOLE (C) , DANIELS (R.S.) -Model for a Therapeutic Community. Intern. J. Group Psychother. 16 no 3, 1966

- 18.- LAI (G) ,PERROT (E de) ,LAVANCHY (P) -Psychothérapie individuelle associée à la psychothérapie de groupe en milieu hospitalier ;Evol. Psychiatr. 31,no1,I966
- 19.- LEOPOLD (H.S.) -The New Member in the Group:Some Specific Aspects of the Literature. Intern. Jl. of Group Psychother. XI:4,I96I
- 20.- LUBIN et al. -Bibliography of Group Psychotherapy I956-I963 (I200 références) ;Group Psychther. 27 no4,I964
- 21.- LUFT (J) -Introduction à la dynamique des groupes.Privat,I967
- 22.- MAC LENNAN (B),FELSENFELD (N) -The Group Psychotherapy Literature I964. Intern. Jl. Group Psychother. I6,I965
- 23.- MAC LENNAN (B) -The Group Psychotherapy Literature I965 . Intern. Jl. Group Psychother. I6,no2,I966
- 24.- MC VICKER HUNT (J) -Concerning the Impact ofGroup Psychotherapy on Psychology. Intern. Jl. Group Psychother. I4noI,I964
- 25.- MALLINSON (T.J.) -Application of Group Processes to a Clinical Psychiatric Setting. Intern. Jl. Soc. Psychiatry G.B. ,9 noI,I965
- 26.- MORENO (J.L.) -Psychothérapie de groupe et psychodrame. P.U.F. I965
- 27.- PAUMELLE (P) -Essai de traitement collectif du Quartier des agités. Thèse Paris I952
- 28.- PELICIER (Y) -Intégration des données sociologiques à la psychiatrie clinique. Masson etCie,I964
- 29.- PINE (I),TODD (W),BOENHEIM (C) -Special Problems of Resistance in Co-therapy Groups. Intern. Jl; Group Psychother. I3,no3,I964
- 30.- PONTALIS (J.B.) -Après Freud (Le petit groupe comme objet) Julliard,I965
- 31.- PRATT (S),DE LANGE (W) -The Admission Therapy Group. Ment. Hosp. I4,I963
- 32.- RACAMIER (P.C.) -Introduction à une sociopathologie des schizophrènes. Evol. Psychiatr.,I956
- 33.- RACAMIER (P.C.) -Techniques de psychothérapie dans les psychoses E.M.C.,tome3,378I9 A IO
- 34.- ROCHEBLAVE-SPENLE (A.M.) -La notion de role en psychologie sociale P.U.F. 3I962

- 35.- ROSENTHAL (L.),SCHANESS (G),LEIBOWITZ (M) -The Group Psychotherapy Literature 1963. Intern. Jl. Group Psychother,14:2,1964
- 36.- ROSTOV (B.W.) -Group Work in the Psychiatric Hospital:a Critical Review of the Literature. Soc. Work.,10:1,1965
- 37.- SALZBERG (H.C.),BROKAW (J.R.),STRAHLEY (D.F.) -Effects of Group Stability on Spontaneity and Problem-relevant Verbal Behavior in Group Psychotherapy. Psychol. Rep. U.S.A. 14:3,1964
- 38.- SCHNEIDER (P.B.) -Pratique de la psychotherapie de groupe. P.U.F. 1965
- 39.- SCHWEICH (M.F.) - Contribution à l'étude de la psychotherapie analytique de groupe chez l'adulte.Thèse Paris 1951
- 40.- SLAVSON (S.R.) -Psychothérapie analytique de groupe.P.U.F. 1952
- 41.- SLAVSON (S.R.) -The Phenomenology and Dynamics of Silence in Psychotherapy Groups. Intern. Jl. Group Psychther. 16:4,1965
- 42.- SLAVSON (S.R.) -A Textbook in Analytic Group Psychtherapy. N.Y. International Universities Press,1964
43. - SMALL (I),SMALL (J) -The Significance of the Introduction in Large Group Psychotherapy,Int. Jl. Social Psychiatry 9:127,1963
- 44.- SGOTSKY (B.A.),ZOLIK (E.S.) -Group Psychtherapy with Psychotics: 1921-1963.A Review; Intern. Jl. Group Psychother. 15:3,1965
- 45.- WOODBURY (M.A.) -L'équipe thérapeutique. Information Psýchiatrique 10:dec. ,1966



EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13^e
TELEPHONE
535: 18-93
535: 18-62